

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização


Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa

Atender a Pessoa Idosa – Um Percurso no Cuidar do Idoso que vai ser Submetido a um Cateterismo Cardíaco

Isabel Fernandes da Anunciação

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa

Atender a Pessoa Idosa – Um Percurso no Cuidar do Idoso que vai ser Submetido a um Cateterismo Cardíaco

Isabel Fernandes da Anunciação

Professora Doutora Enfermeira Maria dos Anjos Pereira Lopes

2013



Torna-te na mudança que queres ver.

M. K. GHANDI (1869-1948)

À MINHA FAMÍLIA PELA PACIÊNCIA E TEMPO RETIRADO.

AOS UTENTES CUJO CUIDADO ME FOI CONFIADO E COM QUEM APRENDI.

AOS COLEGAS DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA PELO APOIO E ADESÃO A ESTE PROJECTO E NOVOS PROJECTOS.

À SRA. ENF^a CHEFE CELESTE MENDES PELO RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DO MEU TRABALHO.

À SRA. PROFESSORA ENF^a PEREIRA LOPES PELO INCENTIVO, POR MOSTRAR CAMINHO, POR QUESTIONAR.

RESUMO

A Humanidade enfrenta agora, o maior dos desafios: como viver mais tempo com qualidade. As políticas de saúde têm sido desenvolvidas no sentido de inverter as altas taxas de mortalidade e morbidade das doenças deste século, como as doenças cardiovasculares. O tratamento à doença cardíaca passa pelo aumento da angioplastia coronária percutânea como instrumento de reperfusão do enfarte agudo do miocárdio. No hospital onde exerço funções realizam-se cerca de 130 angiografias coronárias por mês a uma população constituída por 55% de idosos.

A pessoa idosa abarca fragilidades típicas do processo de envelhecimento, comorbilidades e um percurso de vida peculiar e único, que associado à doença cardíaca torna-a susceptível a internamentos prolongados e consequentemente a sequelas que reduzem a esperança e a qualidade de vida. Carecendo assim, de um profissional qualificado que seja capaz de avaliá-la na fase pré-cateterismo cardíaco, despistando complicações e diminuindo iatrogenias decorrentes deste exame.

Este trabalho pretendeu mostrar um percurso piloto de mudança do real, como enfermeira prestadora de cuidados intencional e refletida, que desenvolveu competências de especialista no domínio específico de enfermagem - Saúde do Idoso, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença. Ancorada no conhecimento teórico e na prática do ensino clínico, desenvolveu um percurso de capacitação para a função de guia/orientação/ajuda à pessoa idosa ao compreender de maneira intuitiva cada situação, com uma visão clara do problema do utente e onde o cuidar de enfermagem fez a diferença.

Através de uma metodologia de resolução de problemas e fundamentando-me numa filosofia da formação em contexto de trabalho e na literatura científica, levou-se a cabo uma mudança centrada na pessoa idosa, que deixou de ser atendida de forma flutuante e com risco de negligência involuntária, passando a dispor de um atendimento de enfermagem de forma regular e sistematizada em regime de ambulatório (Momento de Orientação), garantindo assim, a segurança efectiva durante o internamento hospitalar para realizar cateterismo cardíaco bem como no regresso a casa.

Palavras-Chave: Pessoa Idosa, Papel de Enfermagem, Acolhimento, Orientação, Guia.

ABSTRACT

Humankind faces now one of its biggest challenges: how to live a longer life with quality. Health policies have been oriented to reverse the high rates of mortality and morbidity of the diseases of this century, such as cardiovascular disease. Heart disease treatment is by increasing percutaneous coronary intervention as a means of revascularization procedures. At the hospital where I'm in working functions are held around 130 coronary angiographies monthly to a population from which 55% of elderly.

Elder people encompasses weaknesses typical of aging, comorbidities and life path peculiar and unique, that associated with heart disease makes it susceptible to prolonged hospital stays and therefore with consequences which reduce expectancy and quality of life. Lacking thus a qualified professional who is able to evaluate it in the pre-cardiac catheterization, dodging and reducing iatrogenic complications arising from this examination.

This work aims to show a pilot route of real change, how a nurse and caregiver intentionally reflected that developed specialist skills in the specific area of nursing - Elderly Health, taking into account the human response to life situations and health / disease procedures. Anchored on theoretical knowledge and clinical practice of teaching, developed a course of training for the role of guide / guidance / assistance to the elderly to intuitively understand each situation with a clear view of the problem of the user and where nursing care makes all the difference.

Through a problem-solving methodology and basing myself in a philosophy of training in the workplace and in the scientific literature, we undertook a change centered in the elder, who no longer is in risk of being involuntarily neglected because now is available a nursing consultation on a regular and systematic basis (Guidance Moment), thereby ensuring effective security throughout the hospital to perform cardiac catheterization and on returning home.

Keywords: Elderly, Nursing Paper, Reception, Orientation Guide.

ÍNDICE

Siglas	5
Introdução	5
1.Acolher a pessoa Idosa – Enquadramento Conceptual	12
2.Relato das Aprendizagens pela Metodologia do Projeto de Intervenção	24
2.1 Diagnóstico da Situação - Caracterização da Insegurança no Acolhimento à Pessoa Idosa	26
2.2 Implementação do Projecto de Intervenção – Acolher a Pessoa Idosa	32
2.3 Reflexão Sobre as Experiências e as Aprendizagens Vividas.....	50
Optimização/Gerir o Tempo: Respeito pelo Tempo do Utente.....	54
Assegurar e Vigiar a Qualidade dos Cuidados: Mudar Rotinas ou Recriar Boas Práticas?	55
3.Resultados obtidos, Implicações e Limitações do Trabalho:	
Acolher a Pessoa Idosa – Um cuidado de Enfermagem	58
4.Conclusão	62
Apêndices	75

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAPE – Sistema de Classificação das Práticas de Enfermagem

REPE – Regulamento do exercício profissional de enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um facto incontornável, ao qual as sociedades estão a tentar responder efectuando e promovendo mudanças estruturais, quer ao nível político, quer ao nível organizacional, quer ao nível assistencial, com o desenvolvimento de programas de saúde dedicados ao envelhecimento, como na prevenção de doenças crónicas Direcção Geral Saúde, (DGS), 2012. Mudanças essas que ainda são recentes e com poucos resultados ao nível efectivo da vida das pessoas idosas. A saúde torna-se assim uma parte importante dos problemas que os idosos enfrentam hoje na sociedade, para além de outros desafios, tais como o isolamento, a solidão, o desemprego. Por um lado, se o desenvolvimento da ciência tornou possível o prolongamento do tempo, por outro também tem sido uma porta aberta a demasiados problemas aos quais as sociedades indubitavelmente não estão preparadas para lidar, conduzindo o idoso para um caminho de doença prolongada e solidão.

Ao admitir-se a quarta idade, (IMAGINÁRIO, 2004) para além de se admitir que se vive mais tempo, admite-se também que ao falar-se em idosos, não se pode restringir ao grupo dos maiores de 65 anos, pois a heterogeneidade é a característica mais importante deste grupo e a única constante na vivência das pessoas. Não envelhecemos todos nem ao mesmo ritmo, nem da mesma forma (PAÚL, 1997). Assim trata-se de uma população diferente com outras necessidades e por isso, é necessário configurar cuidados de vida e de saúde que realmente respondam às necessidades específicas desta população. Ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, é exigido cada vez mais, uma formação sistematizada para que ao adquirir competências nesta área possa ter um olhar compreensivo e conhecedor sobre a pessoa idosa, de modo a prestar cuidados de uma forma global, mais adequado às suas reais necessidades.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte mundial e em Portugal, estão no topo das doenças que causam maior mortalidade e morbilidade (DGS, 2012). Associado à gravidade das doenças cardiovasculares está o envelhecimento. Sendo este um processo natural devido à deteriorização das estruturas orgânicas, implica maior vulnerabilidade e gravidade para a doença

coronária. Esta complica-se com os factores de risco (hipertensão, diabetes, hábitos tabágicos, obesidade). A idade configura-se como um factor para a ocorrência de doença coronária, pois cerca de 60% dos enfartes do miocárdio ocorrem depois dos 65 anos (ABREU, 2003). Esta ocorrência é mais grave, com mais complicações e maior mortalidade, tendo como consequência internamentos prolongados, assim como “(...) *sequelas que reduzem a esperança de vida e a qualidade de vida.*” (NEGRÃO, 2004, p.5)

Neste contexto, a doença coronária reveste-se de uma importância crucial, quer pela elevada mortalidade, quer no caso de sobrevivência ao enfarte, pela diminuição significativa da esperança de vida e as implicações negativas na qualidade de vida. O Plano Nacional de Saúde tem como meta, não só o controlo dos factores de risco, através de políticas de prevenção (na área da adopção de estilos de vida saudáveis), mas também a diminuição da morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, tendo como objetivo operacional o “*incremento do número de angioplastias percutâneas na terapêutica de reperfusão do enfarte agudo do miocárdio em 20% até 2016*” (DGS, 2012)¹.

A pessoa idosa que sofre de doença cardiovascular é especialmente sensível, apresentando na sua maioria altos níveis de ansiedade, que se agrava quando é internada. Esta reacção emocional observa-se, tanto nos doentes, como nas suas famílias, e está frequentemente associada a receio de incapacidade ou da morte, situação milenar sempre aterradora e misteriosa. O hospital é sentido como um mundo desconhecido, despersonalizado, impessoal e frequentemente agressivo (CORREIA, 1996), por isso, o equipamento estranho, os exames com riscos, o afastamento da família, a mudança de papéis na família, o facto de se verem rodeados de pessoas que não lhes são familiares, faz com que haja reacções físicas e emocionais intensas, que ilustram o stress vivido. A literatura e a investigação mostram que pessoa idosa com patologia cardíaca, ao ser internada num hospital pode não conseguir superar a situação de doença, dado que a sua capacidade de adaptação a uma situação de crise, vai diminuindo com a idade. (CABETE, 2005). O idoso ao chegar ao hospital, “(...)

¹ Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direcção Geral de Saúde. In <http://www.dgs.pt>

manifesta sentimentos que traduzem grande vulnerabilidade e mesmo marginalidade (...)” (RODRIGUES, 1999, p.56).

O cateterismo cardíaco é um exame em grande expansão mundial, sendo considerado o segundo procedimento invasivo mais frequente em meio hospitalar. Vários estudos internacionais confirmam que apesar dos riscos associados à idade, a angiografia coronária na pessoa idosa é um tratamento adequado, com ganhos em saúde e qualidade de vida após cardiopatia isquémica, superando os resultados do tratamento médico e medicação. (PFISTERER, 2001; COUTO, 2008)

No hospital onde exerço funções realizam-se por ano cerca de 130 procedimentos por mês (entre cateterismo cardíaco e angioplastia coronária), sendo de 55% a população de idosos que realizaram cateterismo cardíaco em 2010/2011.

A Pessoa Idosa submetida a cateterismo cardíaco era acolhida no hospital de forma anómala, pois não havia um profissional qualificado que garantisse uma preparação em segurança ao referido exame, levando a situações irregulares onde os cuidados de enfermagem se resumiam por vezes a *“aproximações rápidas e superficiais, deixando a pessoa idosa desacompanhada a maior parte do tempo”*. (VEIGA, 2007.p.136)

O profissional que acolhia os utentes não estava qualificado, ocasionando um problema de insegurança do doente face à realização deste procedimento invasivo.

Apesar dos estudos demonstrarem que o caterismo cardíaco é um tratamento com benefícios para o idoso, em termos da sua qualidade de vida, não deixa de ser um procedimento invasivo, que exige ser efetuado após o consentimento informado e pelos seus riscos requer preparação com exames pré-cateterismo (análises sanguíneas e electrocardiograma), bem como exige ajustes face a decorrentes comorbilidades existentes, em particular em utentes diabéticos, com insuficiência renal e com alergias medicamentosas.

Como procedimento invasivo a informação ao utente é crucial, para que este participe ativamente no seu processo de doença como actor principal, que precisa de tomar decisões informadas sobre o tratamento e cuidados (ROLLEY, 2011). Se esta informação for efetivada num atendimento ao utente na fase pré-exame, obtêm-se resultados na diminuição do stress e consequentemente um internamento mais

tranquilo, dado que o utente tem conhecimento e controlo sobre o exame a realizar (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).²

Exige por isso, que a pessoa idosa seja avaliada por um profissional qualificado, para detecção de situações de comorbilidades que aumentam o risco de iatrogenias durante e após o exame, assim como as comorbilidades que podem advir do internamento se este se prolongar: “*Very old people have a significant increased risk of several geriatric syndromes during the stay in hospital (...)*” (MECOCCI, 2005. P. 262)³

É neste contexto que surge a problemática de partida e o início do processo deste projecto de intervenção. O acolhimento à pessoa idosa que ia ser submetida a cateterismo cardíaco era uma área a precisar de intervenção e onde o enfermeiro podia e devia ter um papel primordial, o que não acontecia. Todo o trabalho foi desenvolvido por forma a responder à questão: ***Qual o papel do enfermeiro no acolhimento à pessoa idosa na fase de preparação de cateterismo cardíaco?***

Estando num processo de aprendizagem de enfermeira especialista, com o objetivo de adquirir um “*conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem*”, particularmente na Pessoa Idosa, “*tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde*”, pretendi desenvolver competências que me proporcionassem “*níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão*”. (OE, 2010).⁴ Neste sentido, na elaboração deste projecto de intervenção, privilegiei a formulação de objectivos tendo a pessoa idosa como figura central e meu alvo de cuidados e através do qual pretendo desenvolver competências como especialista. Tendo em conta ao diagnóstico da situação descrito em capítulo próprio, defini como **Objectivo Geral** do projecto de intervenção:

Que a Pessoa Idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco disponha de um atendimento de enfermagem de forma regular e sistematizada em regime de ambulatório (Momento de Orientação)

Como **Objectivos Específicos** preconizei os seguintes: **que a Pessoa Idosa:**

²Christóforo; Carvalho, 2009. Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirurgico no periodo pre-operatorio. Rev Esc Enferm USP. 43(1). P14-22.

³ Tradução Livre: “As pessoas idosas têm um aumento significativo do risco de ocorrência de síndromes geriátricas durante o internamento no hospital (...)” in Mecocci, P. et al. - Cognitive Impairment Is the Major Risk Factor for Development of Geriatric Syndromes during Hospitalization: Results from the GIFA Study. 2005. Dement Geriatr Cogn Disord 2005;20:262–269.

⁴ Ordem dos Enfermeiros (2010) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista in www.ordemenfermeiros.pt

- **Exprima as suas necessidades de informação antes de ser submetida a cateterismo cardíaco;**
- **Saiba dizer os riscos decorrentes do cateterismo cardíaco, bem como das comorbilidades;**
- **Saiba os cuidados a ter antes do exame para prevenir riscos decorrentes do cateterismo cardíaco;**
- **Saiba dizer o efeito das informações e cuidados recebidos, como resultados esperados da intervenção realizada.**

Norteando-me pelo domínio da capacidade de organização e de distribuição das tarefas (BENNER, 2005), trabalhei para ser agente de mudança e partindo dessa permissão avançar para coordenar e motivar a equipa de enfermagem para este projeto, por forma a conseguir estruturar, organizar e redefinir o circuito da pessoa idosa pré-cateterismo cardíaco, para assim criar as melhores condições de orientação e apoio à pessoa idosa para realizar em segurança um procedimento invasivo.

O trabalho realizado em contexto de estágio foi feito para garantir um enfermeiro no momento de orientação, capacitado para a função de guia/orientação/ajuda. Função esta inerente ao cuidar em enfermagem, pois *“(...) a enfermeira ajuda o doente a levar a cabo o plano terapêutico iniciado pelo médico.”* (HENDERSON, 2007, p.3). É ao enfermeiro que o doente recorre na procura de *“(...) vários tipos de ajuda que não esperam receber dos outros profissionais de saúde”* (BENNER, 2005, p.67).

Tendo como mediador o desenvolvimento do projeto necessário à unidade de internamento onde trabalho, a sua metodologia baseou-se na técnica de resolução de problemas, e a sua implementação foi feita por tentativas, ensaios e adequações em função das características do problema e das dificuldades que se apresentam (COLLIÉRE, 2001). É por isso, uma metodologia que se rege pela necessidade de resolver problemas reais (COUTINHO, 2008).⁵ Associado a esta metodologia, construí um percurso piloto de mudança do real, como enfermeira de cuidados intencional e refletida. Neste processo de autoformação, utilizei a filosofia da formação em contexto de trabalho para envolver a equipa de enfermagem e assim garantir a continuidade do projeto. Inquietando e semeando a necessidade de mudança do real pude dar continuidade ao projecto, sendo que a sua implementação permitiu-me desenvolver

⁵ In Métodos de Investigação em Educação. Universidade do Minho. 2008. Acedido http://faadsaze.com.sapo.pt/5_o_que%20e_ia.htm

competências ao nível de enfermeiro especialista, terminando este percurso formativo com a elaboração de um relatório de estágio.

Através deste relatório procuro descrever e fundamentar as minhas aprendizagens na aquisição de competências inerentes ao perfil comum do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa, na área da prestação de cuidados, da gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação, respeitando os princípios éticos e deontológicos descritos no Código deontológico dos Enfermeiros (OE, 2010).

Este trabalho escrito, para além de um requisito avaliativo do segundo Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa é também, um trabalho de reflexão sobre o meu vivido de estudante em particular sobre as leituras e discussões ocorridas com outros colegas e orientadora, que procurarei que seja lido com interesse.

Para uma compreensão deste processo de formação, procurei reflectir um pensamento de enfermagem, que desse corpo e estrutura ao tema em estudo e às aprendizagens conseguidas. Considerei as teorias de enfermagem como sendo *“chaves que permitem apreender melhor a natureza dos cuidados e explicar o seu conteúdo”* (COLLIÈRE, 2001. p. 9). O pensamento estruturado de Benner, Henderson e Collière ajudaram-me a fundamentar o meu trabalho assim como a dar visibilidade ao cuidado autónomo de enfermagem. Porque no seu constructo, centram o enfermeiro, como profissional qualificado, que ajuda o indivíduo *“... doente ou saudável (...) nas actividades, que contribuem para a saúde ou a sua recuperação ou morte serena que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou conhecimento (...)”* (HENDERSON, 2004, p.3). Ou seja, *“(...) ajuda o doente a levar a cabo o plano terapêutico iniciado pelo médico.”* (HENDERSON, 2007, p.3). A aliança destes pressupostos com o pensamento de Collière deu solidez às minhas dúvidas e decisões particularmente nos argumentos das discussões com as colegas envolvidas no projecto e na prestação de cuidados. A sua acção *“(...) situa-se, por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente.”* (COLLIÈRE, 1999. p.285). É ao enfermeiro que o doente recorre na

procura de “(...) *vários tipos de ajuda que não espera receber dos outros profissionais de saúde*” (BENNER, 2005, p.67).

Neste sentido, **Atender a Pessoa Idosa – Um Percurso no Cuidar do Idoso que vai ser Submetido a um Cateterismo Cardíaco** pretende demonstrar o papel do enfermeiro no cuidar autónomo ao grupo de idosos admitidos numa unidade hospitalar.

Este relatório está organizado em três partes com subcapítulos subsequentes: Início com o enquadramento científico relevante, onde apresento as várias pesquisas efectuadas, incluindo uma revisão sistemática da literatura e os pensamentos de enfermagem num articulado que se mostra ao longo do texto. Na segunda parte apresento a metodologia do projeto de intervenção, onde explano o diagnóstico da situação, caracterizando a insegurança no acolhimento à pessoa idosa, os objectivos, a metodologia e o contexto clínico onde foi desenvolvido o projeto, assim como as principais aprendizagens e competências construídas como enfermeira especialista. Na terceira parte é descrito os principais resultados decorrentes da implementação do projeto de intervenção, assim como a sua realidade à data da realização deste trabalho. Na quarta parte é feita a conclusão do trabalho escrito em jeito de reflexão final sobre o impacto deste percurso formativo a nível pessoal e profissional.

1. ACOLHER A PESSOA IDOSA – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo visa apresentar os principais conceitos interligados com o tema estudado e com os objectivos preconizados: Pessoa Idosa, Cateterismo cardíaco, informação/Orientação da Pessoa Idosa, Atendimento Hospitalar da Pessoa Idosa, Função do Enfermeiro. O enquadramento do trabalho num corpo de conhecimento científico relevante exigiu pesquisa aos mais diversos níveis, tanto através da consulta de livros, como das bases de dados disponíveis.

Neste contexto, o trabalho de perspectivar o problema iniciou-se no 2º semestre na Opção II e nesse sentido realizei uma revisão sistemática da literatura com o objectivo de recolher o maior número de informação subordinado ao tema dos meios audiovisuais e a sua importância na formação/ensino dos utentes na fase preparatória de exames. Nesta pesquisa realizada através do motor de busca EBSCOhost utilizei os seguintes descritores: *elderly and coronary angiography and hospitalization; risks and fear feelings and elderly and cardiac catheterization; information and patient, skin prep and cardiac catheterization; informed consent and hospital and admission; nursing care and nursing routines and cardiac catheterization*, seleccionando como intervalo temporal, os artigos desde o ano 2000, que estivessem disponíveis em *Full text*. Os critérios de inclusão dos artigos foram os que respondiam à questão de investigação em formato PI(C)O: Qual o papel do enfermeiro no acolhimento à pessoa idosa na fase de preparação de cateterismo cardíaco? (MELNYK & FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Tendo sido incluídos através do critério PI[C]O[D]⁶ todos os artigos que tinham como: Participantes: utentes idosos que iam ser hospitalizados para cateterismo cardíaco. Intervenção: utilização de momento de orientação: sessão de esclarecimento aos idosos que iam realizar cateterismo cardíaco. Resultado: diminuição das complicações e falta de segurança no acolhimento ao utente idoso.

A necessidade de explorar vários descritores decorre da possibilidade de na problemática em estudo fazer uma série de interligações de vários subtemas, dado que o acolhimento à pessoa idosa na fase preparatório do cateterismo cardíaco comporta o aprofundamento do conhecimento da pessoa idosa, a sua relação com a doença,

⁶ PICOD - Participantes, Intervenção, Comparação, Outcomes / Resultados e Desenho do estudo.

internamento, exames invasivos e a forma como devem ser atendidos nas suas necessidades específicas, exigindo um papel direccionado de enfermagem. De uma forma sistematizada e como COLLIÈRE (2001) propõe como organização dos dados, importa ao enfermeiro identificar o que sabe da pessoa, o que sabe da doença e o que sabe do meio onde vive.

Para uma compreensão do tema e deste processo de formação, procurei espelhar um pensamento de enfermagem, que desse corpo e estrutura ao tema em estudo e às aprendizagens alcançadas, tendo suporte deste enquadramento Benner, Henderson e Collière no sentido de procurar dar visibilidade ao cuidado de enfermagem. Esta decisão deveu-se ao facto do seu pensamento ser mais do que teorias, como afirma COLLIÈRE (2001. p. 9) as *teorias «são chaves que permitem apreender melhor a natureza dos cuidados e explicar o seu conteúdo»*. O conhecimento teórico de enfermagem, bem evidente na vasta literatura existente, tem sido indevidamente mobilizado, mas ele é necessário para alicerçar e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem de forma consistente na abordagem ao utente.

O utente deve e precisa ser considerado pelo profissional de saúde, como cidadão responsável pelo seu processo de saúde/doença e por isso, não pode ser excluído do processo de decisão, porque não só é co-financiador do sistema através dos seus impostos, mas, sobretudo porque é o principal responsável pela sua saúde (DGS, 2005).⁷ É com esta permissão, que são produzidos os planos nacionais de saúde em todo o mundo e Portugal não é excepção. Estratégias nacionais de combate a doenças com taxas elevadas de mortalidade e morbilidade, como as doenças cardiovasculares, quando bem estruturadas e implementadas ao nível da comunidade, produzem resultados a longo prazo na diminuição dessas taxas.

O programa de saúde de combate às doenças cardiovasculares foi considerado prioritário pela DGS, por serem a principal causa de mortalidade em Portugal (apesar da tendência de decréscimo das taxas de mortalidade verificada nos últimos anos), o que se verifica também em muitos países ocidentais, sendo, no entanto, das mais elevadas da Europa e do mundo.⁸ As doenças cardiovasculares são também as

⁷ Carta dos Direitos do Doente Internado. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. In www.dgs.pt

⁸ "Cardiovascular diseases are the number one cause of death globally: more people die annually from Cardiovascular diseases than from any other cause". In <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

principais causas de invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa (DGS, 2004).

Cerca de 60% dos enfartes do miocárdio ocorrem depois dos 65 anos. Ter um enfarte agudo do miocárdio depois dos 65 anos é mais grave, com mais complicações, maior mortalidade e consequentemente com internamentos prolongados (ABREU, 2003, p. 45). Envelhecer implica um processo natural de deteriorização das estruturas orgânicas, que implica maior vulnerabilidade e gravidade para a doença coronária, complicada com os factores de risco existentes. Depois dos 75 anos, a insuficiência cardíaca é a principal causa de morte e dependências graves. *“a doença coronária, se não mata quando surge, deixa sequelas que reduzem a esperança de vida e a qualidade de vida.”* (NEGRÃO, 2004, p.5)

A doença coronária reveste-se de uma importância crucial, quer pela elevada mortalidade, quer no caso de sobrevivência ao enfarte, pela diminuição significativa da esperança de vida e as implicações negativas na qualidade de vida. Deste modo, as consequências nefastas e o grau de incapacidade funcional, associado às taxas de mortalidade da doença coronária, contribuíram decisivamente para a forma como é vista e encarada, tanto pela população em geral, devido às sequelas físicas e psicológicas que vão determinar alterações profundas no seio da vida pessoal, familiar, profissional e social, como pelas autoridades, pelo impacto na dependência das pessoas e consequentemente elevação dos custos materiais e humanos.

As estratégias preconizadas no Programa Nacional de Saúde, passam sempre pela vertente da prevenção (adopção de estilos de vida saudáveis e correção de factores de risco modificáveis), associada à vertente da melhoria do tratamento, tendo sempre o utente com cidadão co-responsável pela sua saúde. Através destas duas vertentes, é possível reduzir a doença cerebro-cardiovascular com acentuado impacto social. Tendo como objectivo operacional o *“incremento do número de angioplastias percutâneas na terapêutica de reperfusão do enfarte agudo do miocárdio em 20% até 2016”* (DGS, 2012)⁹

A pessoa que sofre de doença cardiovascular é especialmente sensível, apresentando na sua maioria altos níveis de ansiedade, que se agravam quando são

⁹ Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direcção Geral de Saúde. In <http://www.dgs.pt>

internadas especialmente em unidades de cuidados coronários. Esta reacção emocional observa-se, nos doentes e suas famílias, e está frequentemente associada a receio de incapacidade ou da morte, situação aterradora e misteriosa. Também o equipamento estranho, os exames que não estão isentos de riscos, o afastamento da família, a mudança de papéis na família e verem-se rodeados de pessoas estranhas, faz com que haja reacções físicas ao stress como sejam as úlceras gástricas e reacções emocionais intensas com necessidade de recurso a sedativos. Tudo isto ilustra o stress vivido. Para a pessoa idosa com patologia cardíaca, o internamento hospitalar pode causar maior desajustamento, pois a capacidade de adaptação a uma situação de crise vai diminuindo com a idade. (CABETE, 2005). Ao chegar ao hospital, o idoso, “(...) *manifesta sentimentos que traduzem grande vulnerabilidade e mesmo marginalidade (...)*” (RODRIGUES, 1999, p.56).

CORREIA (1996) refere que o hospital é sentido por algumas pessoas como um mundo desconhecido, despersonalizado, impessoal e frequentemente agressivo. Desconhecido, porque é um mundo que não lhe é familiar. Despersonalizado, porque frequentemente a sua identidade não é reconhecida, nem respeitada, é destituído dos seus suportes de identidade social e de individualidade, submete-se a um ritual padronizado de “despersonalização”, é transformado num “caso” numerado e colocado numa enfermaria junto de pessoas que não conhece. Impessoal, porque é um mundo sem privacidade. O doente é privado do apoio emocional da família e comunidade, fica ao cuidado de profissionais, que não conhece e que nunca viu antes. Onde se estabelece, por vezes, relações profissionais de interdependência desigual, onde o profissional, por deter o conhecimento do tratamento, tem um maior poder perante o utente (PROCHET E SILVA, 2008). O hospital agudiza os problemas, principalmente para a pessoa idosa, pois é um local de passagem de doentes, sendo que o seu funcionamento não está adequado ao tratamento dos problemas crónicos e comorbilidades específicas do idoso. A prioridade é a resolução de problemas agudos, absorvendo a maioria do tempo dos enfermeiros, “*forçando-os a agir sob pressão, descurando o cuidado e atenções à pessoa idosa*”. (VEIGA, 2007.p. 132) Cuidados de enfermagem que se resumem muitas vezes, a “*aproximações rápidas e superficiais, deixando a pessoa idosa desacompanhada a maior parte do tempo*” (VEIGA, 2007.p.136).

A realização de qualquer procedimento invasivo é gerador de ansiedade, medo, receio de perda de independência e autonomia. O cateterismo cardíaco, sendo um procedimento invasivo e necessitar de internamento hospitalar, é também gerador de receios por parte da pessoa idosa.

Denomina-se cateterismo por ser feito através da introdução de catéteres, também pode ser denominado de angiografia coronária. Pode ser definida como a visualização radiográfica dos vasos coronários após injeção de meio contraste radiopaco. Este procedimento integra, frequentemente, a cateterização cardíaca, podendo envolver a angiografia de outras estruturas vasculares, como a aorta e o ventrículo esquerdo (SCANLON, et al, 1999). Assim, consiste em puncionar uma artéria (radial, umeral ou femoral), com um cateter que é guiado até ao coração e através da artéria aorta consegue-se aceder às artérias coronárias (que nascem na raiz da artéria aorta). Ao injectar-se o constraste visualiza-se o grau da(s) lesão(ões) e sua localização, para depois de proceder ao tratamento de for esse o objectivo. É um exame usado nos doentes com patologia cardíaca, principalmente na cardiopatia isquémica (enfarte agudo do miocárdio, angina instável). Esta é causada pela obstrução de uma ou mais artérias coronárias, impedindo o fluxo adequado de sangue para o músculo cardíaco, chamado de miocárdio. Como qualquer tecido do nosso corpo, o miocárdio, quando privado de suprimento de sangue arterial, fica em isquémia, o que pode levar à necrose das células cardíacas (o que acontece no enfarte agudo do miocárdio). Assim o objectivo da angiografia coronária é definir a anatomia coronária e o grau de obstrução das artérias coronárias. É muito usado para determinar a presença e extensão da doença obstrutiva coronária e avaliar a viabilidade e conveniência de várias formas de terapia, como a revascularização percutânea (denominada angioplastia coronária: desobstrução da artéria coronária ocluída, para impedir novo enfarte agudo do miocárdio) ou cirurgica (pré-cirurgia de by-pass). Este exame também é usado quando o diagnóstico de doença coronária é incerto e não se consegue fazer esse diagnóstico com exames não invasivos.¹⁰

Os riscos da angiografia coronária são classificados em riscos “major” e “minor”, sendo que os primeiros são inferiores a 2% e incluem a morte, enfarte agudo do

¹⁰ SCANLON, P.; et al (1999) - ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography: Executive Summary and Recommendations A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American Heart Association – Circulation. vol 99. P. 2345-2357.

miocárdio e obstrução total das artérias coronárias com necessidade de cirurgia de revascularização emergente, lesão grave da artéria coronária (dissecção) e acidente vascular cerebral.¹¹ Para a realização de angioplastia estes riscos são avaliados através de uma tabela com vários critérios incluindo a idade.¹² Esta trás um aumento significativo nos riscos: quanto maior a idade do utente maior o risco (LENNON, 2004).¹³ Os riscos minor são: hematoma, no local de inserção do catéter (artéria radial, umeral e femoral direta ou esquerda), sendo a sua incidência entre 0,1% a 9% (descritas na literatura).¹⁴ Normalmente é um acontecimento sem gravidade, mas que pode evoluir para situações de falso aneurisma da artéria, principalmente se o exame for feito através da artéria femoral. Geralmente ocorrem pequenos hematomas ou equimoses no local de inserção do cateter, por administração de heparina. Durante a angiografia, o doente pode sentir também, dor tipo angina de curta duração, rubor no corpo e sensação de calor no local de inserção do cateter. O uso de contraste iodado neste exame pode levar a situações de alergia até aí não identificadas, mas que são tratadas.¹⁵

A diferenciação do grau de risco na realização de angiografia coronária para a pessoa idosa relaciona-se com o envelhecimento cardiovascular. Este manifesta-se através de modificações selectivas no sistema cardiovascular: redução significativa na resposta inotrópica aos estímulos simpáticos, levado a uma redução da resposta às catecolaminas e digitálicos; redução na resposta da frequência cardíaca ao estímulo simpático e uma redução da vasodilatação arterial durante o exercício. Todas estas respostas reduzidas, apesar de não causarem grandes alterações na função ventricular esquerda numa pessoa idosa saudável em repouso, o coração envelhecido responde efectivamente ao exercício ou à tensão de uma forma diferente do coração jovem,¹⁶

¹¹ Denominada dissecção da artéria, que pode necessitar cirurgia emergente.

¹² Situação de pré-choque cardiogénico, se a lesão coronária for da artéria coronária esquerda, doença renal, exame não electivo, doença coronária multivaso (localização e características da obstrução coronária: doença univaso ou multivaso e se a sua localização é distal ou proximal); trombo intracoronário e insuficiência cardíaca classe III e IV. In ARMENDARIS, K. et al. (2008) - Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. Acta Paul Enferm. Vol.21. nº1. P.107-11.

¹³ LENNON RJ, et al. (2004) - Correlates of procedural complications and a simple integer risk score for percutaneous coronary intervention. J Am Coll Cardiol. Vol.40 p. 387-393.

¹⁴ ARMENDARIS, K. et al. (2008) - Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. Acta Paul Enferm. Vol.21. nº1. P.107-11.

¹⁵ O doente alérgico ao contraste faz medicação para dessensibilização do corpo: hidrocortizona e hidroxizina, 24 horas antes de realizar o exame e se ocorrer a alergia durante o exame, é feita também medicação.

¹⁶ No coração envelhecido existe um relaxamento diastólico atrasado e lento do miocárdio, limitando o fluxo de sangue à região subendocárdica do ventrículo esquerdo, que recebe quase todo o seu fluxo sanguíneo durante a diástole. In Schlant, R.; Alexander, R. (2000) – Hurst's o Coração. Editora McGraw-Hill de Portugal, LTA. Amadora. ISBN:0-07-001024.2

podendo levar a ocorrência de isquémia subendocárdica. Todas estas alterações são agravadas na presença de um coração envelhecido com patologia (hipertensão, hipertrofia). Outras alterações cardiovasculares do envelhecimento incluem um aumento na rigidez do ventrículo esquerdo e nos vasos sanguíneos periféricos, o que leva a uma diminuição na vasodilatação e diminuição da redução da resistência periférica, com repercussões ao nível da tensão nos vasos e consequentemente lesões internas. Neste contexto, o grau de risco aumenta com a idade (os idosos têm mais risco) e com a presença de comorbilidades.

A doença cardíaca isquémica na pessoa idosa representa mais gravidade devido à sintomatologia atípica da isquémia aguda do miocárdio e enfarte agudo do miocárdio, comparado com os doentes mais jovens, com taxas de mortalidade superiores, sendo assim considerada a idade como um forte predizente. Nesse sentido, o tratamento para a doença coronária através de angioplastia era apenas usado na população mais jovem, mas com o aumento da população idosa e do aumento da gravidade em termos de doença coronária levou os investigadores a realizarem estudos com o objectivo de perceberem os benefícios para esta população. Neste contexto, vários estudos internacionais têm vindo a mostrar que apesar dos riscos associados à idade, angiografia coronária na pessoa idosa é um tratamento adequado, com ganhos em saúde e qualidade de vida após cardiopatia isquémica, superando os resultados do tratamento médico (com medicação). Num deles verificaram os benefícios de doentes com mais de 75 anos com angina e concluíram que apesar do perfil de alto risco que representavam, os doentes tiveram benefícios em termos de alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida, após revascularização coronária com angioplastia.¹⁷

Em Portugal também se tem feito alguns estudos sobre o impacto da angioplastia coronária na qualidade de vida dos utentes e os resultados são positivos: *“após a angioplastia coronária ocorreu um aumento significativo da qualidade de vida dos indivíduos, especificamente no domínio físico, domínio psicológico e domínio geral.”*(COUTO, 2008)¹⁸

¹⁷ PFISTERER, M. (2001) - Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. *Lancet*. Vol. 358. P. 951–957.

¹⁸ In tese de mestrado: Couto, P. (2008). A Qualidade de Vida dos Idosos Sujeitos a Angioplastia Coronária. Universidade de Aveiro.

O cateterismo cardíaco é um exame em grande expansão mundial, sendo considerado o segundo procedimento invasivo mais frequente em meio hospitalar (SCANLON, P.; et al, 1999). No Hospital onde exerço funções, estes procedimentos invasivos já se realizam desde 1995, com uma gradual expansão no número de angiografias cardíacas, tendo em 2008 atingido o número 5000 angioplastias. Em 2009 realizaram-se 1824 procedimentos e em 2010 cerca de 1913, com uma média de 130 procedimentos por mês. É de salientar que o serviço de Hemodinâmica, onde se realizam estes exames, não é exclusivo da Cardiologia, assegura procedimentos invasivos de outras especialidades (radiologia, neurologia, cirurgia vascular), o que torna mais difícil dar resposta às necessidades da população da área de abrangência do hospital.

Nas *guidelines* de todos os procedimentos invasivos (incluindo a angiografia coronária) é referido a importância do consentimento informado, livre e esclarecido sobre o exame: Os pacientes submetidos a procedimentos médicos sérios devem ser informados não apenas das complicações associadas, mas também da probabilidade de ocorrência das mesmas (MARK, 2004)¹⁹, para assim participar activamente no seu processo de doença, sendo este o actor principal, que toma as decisões sobre tratamentos e cuidados (ROLLEY, 2011).

O consentimento informado é considerado um pré-requisito para qualquer intervenção médica. O seu objetivo é oferecer aos utentes a oportunidade de determinar o que querem que seja feito e o que será feito e garantir que compreendem as necessidades, resultados e possíveis efeitos secundários das intervenções dos cuidados de saúde em curso (SCHOPP, 2003)²⁰

A admissão para realização angiografia coronária é uma situação que pode gerar sentimentos de medo e receio. O medo é um sentimento desagradável e desconfortável que pode causar alterações fisiológicas na estabilidade cardíaca do doente (HEIKKILA, *et al*, 1998). Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de envolver os doentes nas decisões relativas aos cuidados e tratamento. Isto tem sido aceite como prática eticamente adequada e faz parte da legislação de saúde em muitos países. Além disso, a participação geral do doente na tomada de decisão está

¹⁹ Mark H, (2004) - Improving Patient Care. Estimating the Risks of Coronary Angioplasty Clinical decision rules make it easy to give patients more precise estimates of their risks of complications. *Fam Pract Manag.* Nov-Dec. Vol.11. nº 10. P. 71-72.

²⁰ SCHOPP, A. et al (2003) - Perceptions of Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries. *Nursing Ethics.* Vol.10. nº1.p. 48-57

associada a uma maior satisfação do mesmo, tendo tido melhoria nos resultados do tratamento. Alguns estudos mostraram um grande número de problemas relacionados com a inadequada e insuficiente informação dada ao doente durante a sua hospitalização (SUHONEM, ET AL, 2005).

Outros estudos também mostraram que fornecer informação aos doentes e envolvê-los satisfaz várias necessidades: ao nível médico-legal permite o consentimento informado; ao nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stresse e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação de procedimentos e a responsabilidade do utente (RAMOS, 2004). Neste contexto, os profissionais de saúde precisam conhecer o utente e assegurar que este é bem informado sobre a sua situação clínica. Os enfermeiros têm que compreender a adesão ao tratamento e definir intervenções de enfermagem focados no utente, aceitando-o como parceiro nos cuidados para obter ganhos em saúde (GOMES, 2009).

“Patients desire information of a medical nature (...). The majority of the respondents reported that information about health–illness and diagnosis (...), examinations and results (...) as well as procedures and treatment (...) were of vital importance to them. Patients informational needs and the information received from staff did not correspond. The findings confirm the importance of nurses’ roles in assessing patients’ informational needs to tailor and provide explicit and relevant information to satisfy patients’ informational needs.” (SUHONEN, 2005. p. 1167)²¹

A finalidade do ensino no pré-operatório (ou na preparação para procedimentos invasivos) é auxiliar o utente a reduzir todos os receios e a prepará-lo para a cirurgia. Ele precisa saber: os procedimentos a que vai ser submetido, as rotinas, aspectos acerca da cirurgia (ou procedimentos invasivos), sensações que pode vir a experimentar (como a dor), quais as medidas para reduzirem os receios e que actividades irão promover a recuperação pós-operatória (PHIPPS, 1995).

Os modelos teóricos de enfermagem enfatizam a ligação enfermeiro-doente numa relação de participação e envolvimento, onde o doente tem o direito à sua tomada de decisão sobre si e o seu futuro. Porque a enfermeira ajuda *“os individuos a tornarem-se independentes tão rápido quanto possível”* (HENDERSON, 2007.p. 3). Defendem assim, a capacidade de ensinar, motivar, comunicar, assim como uma

²¹ Tradução livre: “os pacientes desejam informações de natureza médica (...). A maioria dos entrevistados relatou que as informações sobre saúde-doença e diagnóstico (...), exames e resultados (...), bem como os procedimentos e tratamento (...) foram de vital importância para eles. As necessidades de informação dos pacientes não corresponderam às informações fornecidas pelos profissionais. Os resultados confirmam a importância do papel do enfermeiro na avaliação das necessidades de informação dos pacientes.”

compreensão de psicologia e sociologia, como as técnicas e conhecimentos que os enfermeiros têm de desenvolver para a prática de enfermagem. Neste contexto BENNER (2005), refere o papel importante da enfermeira, que através da sua função de guia, *“avisa os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações quando se produzem mudanças físicas”* (2005. P.91).

“Nurses are key providers of patient information in many areas of clinical care and are becoming more and more involved in developing this information. They have a crucial role in ensuring that the information is both appropriate and useful.” (HUTCHISON, 2007)²²

Os enfermeiros são os profissionais capacitados para desenvolverem o seu papel de pedagogos, pois trabalham em diversos contextos e muitas vezes em situações extremas, deste modo, aprendem a comunicar e a transmitir informações, desenvolvendo competências na abordagem ao doente. Ser perito implica para além de transmitir informação, oferecer *“maneiras de ser, de enfrentar a doença e mesmo novas perspectivas ao doente (...)”* (BENNER, 2005, p.92). O enfermeiro perito usa as suas aptidões de ensino e aconselhamento para esclarecer quaisquer concepções erradas do doente e facilitar o seu processo de tomada de decisão. O enfermeiro tem a responsabilidade de ver que a decisão é uma decisão informada (PHIPPS, 1990). Portanto na sua função de guia, o enfermeiro sabe quando o doente está pronto a aprender; ajuda-o a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, ajuda-o a interpretar o conceito da doença e os tratamentos, ajuda-o a abordar e tornar compreensíveis temas tabus (BENNER, 2005).

O Código Deontológico do Enfermeiro, no seu artigo 84 – Do dever de informação, refere que o enfermeiro assume o dever de:

“informar o individuo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem (...)” (OE, 2005. p. 109).

No processo de doença, o enfermeiro informa, orienta, apoia a pessoa idosa, com vista à aquisição do mais elevado nível de bem-estar para este. Essencialmente passa-se por algo muito mais profundo que é ensinar/educar, e essa é reconhecida como uma das funções básicas e independentes da actividade de enfermagem. O

²² Tradução livre: " Os enfermeiros são profissionais importantes na informação que é dada aos pacientes, nas diversas áreas de cuidado. Têm estado mais envolvidos no desenvolvimento desta informação. E têm um papel crucial em garantir que a informação fornecida ao utente é apropriada e útil."

enfermeiro como elemento de uma equipa multidisciplinar, é o que mais intervém na educação/orientação e tem um papel fundamental como elemento facilitador no processo de doença e de mudança, ou seja é facilitador nas transições que a pessoa idosa necessita de fazer perante a doença cardíaca. Identifica as necessidades da pessoa/família, procurando satisfazê-las, tendo em conta as componentes antropológica, sociológica e psico-social. Vai também, ao encontro das expectativas da pessoa, valorizando a capacidade de gestão dos próprios recursos, valorizando a participação e auto responsabilização da pessoa pela sua própria saúde. Nesta perspectiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo “com os outros” em vez de “para os outros”.

O ensino que é feito ao doente pode ser realizado de diversas formas e na era da tecnologia seria um “absurdo” não recorrer os meios audiovisuais para complementar o ensino, principalmente na fase pré-exame. Nesta fase, os problemas e necessidades do doente são diferentes do contexto emergente, mas não menos complexos. No contexto eletivo, a enfermeira tem mais tempo para compreender os potenciais riscos (BERNSTEIN, 1998). Alguns estudos mostraram que o recurso a filmes aumentou a satisfação e o conhecimento dos doentes e o tempo dispendido neste tipo de ensino, não foi superior ao tempo gasto no ensino convencional. (ENZENHOFER, 2004). A imagem torna-se um complemento fundamental da palavra uma vez que é permanente, concreta e precisa, logo a combinação do que é transmitido oralmente com recurso visual permite uma elevada retenção e portanto uma maior facilidade na aprendizagem. Aprendemos cerca de 83% daquilo que nos é transmitido (THELAN, 1993).

Depois do que já foi escrito, em jeito de conclusão, podemos perceber que é dever do enfermeiro oferecer uma resposta aos seus problemas, resolvendo-os com eficácia.²³ Assim deve *“co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento”* (OE, 2005. p. 105), orientando, supervisionando, transmitindo informação ao utente *“(…) que vise mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde (…)” Regulamento do Exercício Profissional (REPE).*²⁴ Deste

²³ CAMPOS, J.; et al. - Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: O Passo para Integralidade. Disponível em: www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id74r0.pdf

²⁴ Ordem dos Enfermeiros: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 5. 2005. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) in <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

modo, o acolhimento assume uma parte importante do decurso da hospitalização, contribuindo, à partida, para uma vivência mais tranquila e consciente do processo de doença.

Termino este capítulo sintetizando as ideias chave que nortearão o meu percurso de estudante. Procurei evidenciar e fundamentar que os enfermeiros podem e devem ser a referência na relação complexa utente-serviços de saúde. Para além de serem os profissionais mais qualificados no acompanhamento ao utente idoso, são também, os profissionais que no hospital estão 24 horas e por isso, os mais próximos, com competências humanas e profissionais essenciais à gestão do processo de doença do utente. O processo de orientação e aconselhamento do cliente é uma intervenção autónoma da enfermagem e também aquela que proporciona maior visibilidade do trabalho do enfermeiro. É, portanto, um dever cuidar, acolhendo, ensinando, formando, estar com.

Como irei demonstrar nos próximos capítulos, este enquadramento teórico constitui um corpo de conhecimento científico relevante para a prática da enfermagem.

2. RELATO DAS APRENDIZAGENS PELA METODOLOGIA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

“Planejar é, essencialmente, fazer o retrato mental de uma realização futura.”

FERREIRA, (1999. p.130).

O plano é uma seta indicadora de caminhos a percorrer, sempre novos e diferentes. Deste modo após a identificação preliminar do problema e o seu enquadramento num corpo de conhecimento científico relevante, passo à fundamentação da sua implementação. Assim, neste capítulo pretendo dar a conhecer o meu percurso no desenvolvimento de um projeto de intervenção como metodologia de mudança real nas práticas de enfermagem. Começo por caracterizar o problema que justifica este processo de mudança e de intervenção – diagnóstico de situação, para depois apresentar sua finalidade e objetivos, assim como explicitar as actividades desenvolvidas e os processos de trabalho utilizados no acolhimento à pessoa idosa. Finalizo com uma reflexão sobre as principais aprendizagens como enfermeira especialista.

As questões éticas que surgiram ao longo deste trabalho e que foram fonte de grande aprendizagem aparecem integradas na descrição das actividades desenvolvidas. Todo este percurso será enriquecido e justificado à luz da pesquisa já feita no âmbito do enquadramento teórico e outras pesquisas que decorreram da escrita do próprio relatório.

O projecto de intervenção é um instrumento privilegiado de mudança do real e por isso, comporta características únicas: descontinuidade, dinamismo e evolução, irreversibilidade, e valor afectivo (BRAND, 1992). A sua descontinuidade é visível, pois foi uma actividade temporária, que teve o seu início em meados de Maio de 2011 (na formação do seu desenho e no período de estágio que iniciei em Outubro de 2011) e o fim a 9 de Fevereiro de 2012. O seu dinamismo e evolução prendeu-se com a tentativa de provocar uma mudança do real no contexto de trabalho, o que obrigou a que este projecto fosse dinâmico, evolutivo e flexível. Por esse motivo, houve necessidade de aferição permanente ao longo da sua implementação, tendo usado como estratégia, as reuniões e diálogos contínuos com os abarcados na mudança, bem como, a orientação

da professora orientadora que com olhar externo levantava questões que escapavam aos diretamente envolvidos.

A realização do estágio no meu contexto de trabalho fez todo o sentido, porque o hospital é uma “(...) *organização complexa, com uma configuração estrutural sui generis e uma rede de relações sociais cuja ordem é produzida e reproduzida pelas múltiplas estratégias dos profissionais e dos doentes*” (CARAPINHEIRO, 1993. p.12)²⁵. Deste modo, a minha experiência de 18 anos, constituiu uma mais-valia no sucesso da implementação do projecto de intervenção, pois conhecia a metodologia de trabalho, a gestão dos espaços, a dinâmica de poderes instituídos e a cultura da organização hospitalar. Este conhecimento previligiado foi importante na previsão de dificuldades e facilidades na concretização do estágio. Para além disso, conhecer os profissionais, deu-me uma perspectiva única de como este projecto iria ser aceite e desenvolvido, tanto ao nível das chefias, como dos restantes profissionais, principalmente os enfermeiros que constituem um grupo maduro e empenhado, o qual eu podia influenciar mais facilmente. Conteí também com a aprovação e incentivo por parte das chefias do serviço, Director de serviço e Enfermeira Chefe, que foram os primeiros a congratularem-se com este projecto. Penso também, que a minha experiência neste serviço e a imagem que tenho, foi outro dos factores facilitadores para as negociações que ocorreram e o sedimentar das mudanças.

A **metodologia deste projecto** tem por base o método de resolução de problemas, e a sua implementação foi feita por “(...) *tentativas, ensaios e reajustes, em função da natureza do problema e das dificuldades que coloca.*” (COLLIÈRE, 2001, p. 421). É assim, uma “*metodologia de pesquisa, essencialmente prática e aplicada, que se rege pela necessidade de resolver problemas reais.*” (COUTINHO, 2008)²⁶ Neste processo de autoformação, esta metodologia de resolução de problemas implicou reflectir sobre a acção, tornando-se assim, num percurso piloto de mudança como enfermeira prestadora de cuidados intencional e reflectida.

Durante este percuso foram desenvolvidas várias actividades, tais como: actualização da revisão sistemática da literatura, observação participada, notas de campo, estudos de caso, reuniões regulares com a Professora Orientadora e colegas

²⁵ Carapinheiro, G. Saberes e Poderes no Hopsital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto. Edições Afrontamento.1993. pg 12.

²⁶ In Métodos de Investigação em Educação. Universidade do Minho. 2008. Acedido http://faadsaze.com.sapo.pt/5_o_que%20_e_ia.htm

também elas alvo de processos de mudança similares, mas em instituições diferentes e contextos de trabalho bem diversificados. São estas actividades e outras decorrentes da implementação do projecto, que vão ser descritas ao longo deste capítulo, tendo como fio condutor a reflexão feita sobre os acontecimentos e a justificação com base na literatura internacional.

Como trabalho académico, este projeto de intervenção foi desenvolvido para e com pessoas, por isso, como enfermeira prestadora de cuidados e como estudante num processo de formação²⁷, dirigido a pessoas, tive em conta todas as questões éticas que foram surgindo ao longo da implementação deste projeto, que, mesmo tendo como objectivo melhorar os cuidados prestados aos utentes, tem na sua essência questões de estudo que podem levar a problemas éticos. O estudante deve estar preparado para essas questões e ao realizar o seu estudo deve tê-las sempre em conta. A ética é a “(...)arte de dirigir a conduta” (FORTIN, 2003, p.114) e tem como base os direitos fundamentais das pessoas. Ela é essencial no **Cuidar**, pois este só pode ser definido se tiver por base um código de conduta ética. Considero que durante este estágio e consequentemente na implementação do projeto de intervenção e respectivo relatório, considere e respeitei os cinco direitos fundamentais determinados pelo código de ética (OE, 2009).²⁸

Para realização do estágio e implementação do projecto de intervenção foram feitas diligências formais e sujeito a autorização superior. Foi obtido consentimento da Enfermeira Directora da instituição onde exerço funções e das chefias do serviço (Director e Enfermeira Chefe), que desde o início deram todo o apoio.

2.1 Diagnóstico da Situação - Caracterização da Insegurança no Acolhimento à Pessoa Idosa

Durante Opção II do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Médico-Cirúrgica vertente do idoso foi identificado o tema a investir como modo de experienciar aprendizagens. Em Junho de 2011, após reunião com a Enfermeira Chefe surge o acolhimento à pessoa idosa na preparação para o cateterismo cardíaco,

²⁷ Durante o estágio, apesar de exercer funções no serviço onde o estava realizar, sempre me identifiquei como aluna de especialidade, através do cartão de identificação da escola de enfermagem.

²⁸ Direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

porquanto era a área de cuidados que carecia de mudança. Tratava-se de uma área de grande relevância de intervenção dos enfermeiros, onde este podia e devia ter um papel primordial em prol de melhores cuidados, o que não acontecia.

A fase de diagnóstico foi efectuada recorrendo à recolha de informação junto dos doentes e famílias, enfermeiros, médicos, bem como da pesquisa, de modo a adequar as respostas às necessidades dos clientes, para posterior definição de intervenções que atinjam as causas e não as manifestações dos fenómenos.

O cateterismo cardíaco sendo um exame de grande expansão mundial e considerado o segundo procedimento invasivo mais frequente em meio hospitalar (SCANLON, et al, 1999), tinha relevância no Hospital onde exerço funções. Estes procedimentos invasivos já se realizam desde 1995, com uma gradual expansão no número de angiografias cardíacas, tendo em 2008 atingido o número 5000 angioplastias. Em 2009 realizaram-se 1824 procedimentos e em 2010 cerca de 1913, com uma média de 130 procedimentos por mês. O serviço de Hemodinâmica, onde se realizam estes exames, não é exclusivo da Cardiologia, uma vez que assegura procedimentos invasivos de outras especialidades (radiologia, neurologia, cirurgia vascular), o que torna difícil a gestão do espaço, por forma a dar resposta às necessidades da população da área de abrangência do hospital.

O atendimento realizado aos utentes antes deste projecto continha vários problemas. As pessoas idosas que eram propostas para realizarem cateterismo cardíaco tinham um momento de acolhimento, chamado de reunião pré-cateterismo. Ocorria uma vez por semana à quarta-feira. Nesta reunião as pessoas idosas eram encaminhadas para a realização de exames, recebendo a requisição de análises e electrocardiograma para fazerem a marcação no dia previsto. Também recebiam informação sobre o cateterismo cardíaco, visualizando um pequeno filme. Este filme tinha a duração de 10 minutos e falava dos factores de risco para a doença cardíaca, mudança de estilos de vida e sobre o exame em si mesmo. Todas as dúvidas acerca do exame e sobre o filme eram respondidas por uma funcionária administrativa que dirigia esta reunião a grupos de cerca de 15 pessoas, entre utentes e acompanhantes. Nesta reunião a administrativa também entregava o formulário do consentimento informado a alguns utentes, aos quais pedia para assinarem, configurando assim

irregularidade aos direitos dos utentes numa situação que se instituiu por factores que o tempo fazia esquecer.

Depois desta reunião os doentes regressavam para realizar os exames, podendo este dia, coincidir ou não com o dia de realização do cateterismo cardíaco. Este acontecimento constituía em si também uma falha e desrespeito pelo tempo do utente, pois para realizar o cateterismo cardíaco alguns utentes tinham que se deslocar três vezes ao hospital: uma para a reunião de preparação, a segunda para a realização de análises e uma terceira para a realização do cateterismo cardíaco. Para a maioria dos utentes estas vindas significavam dificuldades pessoais e profissionais implicações sociais e económicas. O problema identificado foi assim o **deficiente circuito de atendimento** do cliente **na fase preparatória de cateterismo cardíaco**.

Constatou-se que a forma como era realizado este atendimento da pessoa idosa revelava várias falhas que se traduziam em vários incidentes e enuncio só alguns:

- Uteses que no dia em que eram internados para realizarem cateterismo cardíaco, não tinham recebido indicação para suspenderem a medicação anticoagulante, impedindo assim, a realização do exame. Tal facto obrigava a adiar o exame com regresso a casa e à remarcação do exame. Os transtornos que daí advinham eram frequentes para o utente e família que o acompanhava. Este transtorno era agravado quando havia a necessidade de requisitar o serviço de bombeiros para o transporte, para além da necessidade do acompanhante faltar ao trabalho.

- Uteses com história de alergia ao contraste iodado que eram internados sem fazerem a medicação profilática para a alergia, tendo como consequência ou o aumento dos dias de internamento ou a remarcação do exame, com transtornos obvios na sua vida pessoal.²⁹ Para além do transtorno na vida pessoal, o tempo e espera ou o adiamento do cateterismo cardíaco, ou de outros exames, eram factores de grande desconforto para os utentes. (VEIGA, 2007)³⁰

- Uteses com função renal alterada, que realizavam cateterismo cardíaco sem fazer medicação profilática de nefropatia de contraste³¹. A nefropatia induzida por

²⁹ O cateterismo cardíaco é realizado com administração de contraste iodado. Em caso de história de alergia ao iodo ou ao marisco (que é rico em iodo), é feito uma medicação preventiva de anafilaxia. Esta medicação tem que ser iniciada 24h antes da realização do cateterismo cardíaco e é constituída por prednisolona e atarax oral, num total de 4 administrações.

³⁰ Veiga. M. (2007). Proteger a Identidade da Pessoa Idosa no Hospital. Um Desafio ao Cuidado de Enfermagem. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

³¹ A nefropatia induzida por contraste refere-se a uma redução da função renal após administração de contraste radiológico. É definida pelo aumento absoluto na concentração de creatinina sérica. Os factores que influenciam e agravam são: a idade acima dos 75 anos, insuficiência

contraste pode ser um facto de risco para ocorrer insuficiência renal aguda e evoluir para a necessidade de terapia renal substitutiva. Quando acontece, está associada a um aumento do tempo de internamento, maior morbilidade, aumento da mortalidade e, consequentemente, maior custo, em termos de saúde (PROENÇA, 2011).

- Utentes diabéticos que realizavam o cateterismo cardíaco sem suspenderem a metformina, aumentando assim, o risco de complicações graves como a acidose láctica severa.³²

Outro problema identificado foi a falta de tempo no acolhimento dos utentes às 5ª e 6ª feiras, sendo o cateterismo cardíaco realizado às 8h. Os utentes eram internados no próprio dia do exame, uma vez que o serviço não tem capacidade para internar estes utentes no dia anterior, mas tal inviabiliza um adequado acolhimento com a necessária orientação ao doente e família relativamente a este procedimento invasivo. As consequências deste modo de organização aumentava as complicações e iatrogenias essencialmente decorrentes da medicação anticoagulante e diabética, que inviabilizavam o exame.³³ Todos estes factos causavam incómodo na equipa de enfermagem, porque reconheciam que a funcionária administrativa que acolhia os utentes não estava qualificada para essa função, sendo tal facto considerado demasiado anómalo em termos de responsabilidade profissional.

No início do projecto este facto foi analisado e o grande problema identificado foi o da (in)segurança do doente face à realização deste procedimento invasivo, que pelos seus riscos exige ser efetuado após o consentimento informado. Também exige que a pessoa idosa seja avaliada por um profissional qualificado, para detecção de situações e comorbilidades que aumentam o risco de iatrogenias durante e após o exame, assim como as comorbilidades que podem advir do internamento se este se prolongar: *“Very old people have a significant increased risk of several geriatric syndromes during the stay in hospital(...)”*

cardica, cirrose, desidratação, uso de altas doses de contraste, diabetes e uso de drogas nefrotóxicas. Estes utentes têm que fazer acetilcisteína 1200mg, 2 dias antes do cateterismo cardíaco, assim como ingerirem cerca de 2 litros de água por dia, para prevenir o agravamento da função renal. (Proença, 2011)

³² A metformina é um medicamento anti-hiperglicémico oral usado em utentes diabéticos que não dependem de insulina, sendo 90% excretada pelos rins e acumulando-se no organismo em estados de insuficiência renal. Em pacientes diabéticos com função renal alterada, o meio de contraste age como um possível desencadeador da insuficiência renal, que, por sua vez, leva ao aumento de metformina sérica. O que pode evoluir para um quadro de acidose láctica severa, que chega a ser fatal em até 50% dos indivíduos. In resumo das características do medicamento. INFARMED. 2011. www.infarmed.pt

³³ A medicação anticoagulante tem que ser suspensa 3 dias antes da realização do cateterismo cardíaco, a medicação diabética (metformina), tem que ser suspensa no próprio dia do exame, utentes alérgicos ao iodo fazem medicação de profilaxia, utente com insuficiência renal aguda fazem medicação profilática de nefrotoxicidade. Utente com resultados alterados nas análises pré-cateterismo, tais como: anemia, hipercreatinémia, valores infecciosos alterados, não realiza cateterismo cardíaco, sem correcção destes valores.

(MECOCCI, 2005. P. 262).³⁴ Os idosos muitas vezes, têm alta com agravamento do nível de dependência nas actividades básicas de vida diária, comparando com a sua capacidade na admissão (KENNETH, 2003)

Justifica-se o problema não só pelos riscos descritos, mas também, pela qualidade das intervenções à pessoa idosa. Os dados estatísticos mostravam claramente que a população alvo era elevada e a percentagem de pessoas idosas é considerável. Em 2010/2011, os utentes que realizaram cateterismo cardíaco foram 1187, dos quais 659 eram idosos.³⁵ Desta amostra, 450 utentes participaram no momento de orientação atrás referido. (Apêndice I)

Com uma população significativa de idosos e com tendência a aumentar, este é um exame com bons resultados para a população, conforme o descrito na literatura internacional: Utentes com mais de 75 anos com angina beneficiam mais com a angioplastia coronária do que com terapia convencional, em termos de alívio de sintomas e aumento da qualidade de vida (PFISTERER, 2001).³⁶

Achei assim pertinente, actuar a este nível, convicta que poderia melhorar significativamente a qualidade dos cuidados prestados à população idosa. Sendo esta considerada frágil, pela sua “(...) *diminuição física, psíquica e social, mais vulneráveis à doença e à morte*” (COSTA, 2006. p.33), com capacidade de adaptação diminuída (CABETE, 2005), o internamento pode ser o momento sem retorno e com consequências nefastas para a sua saúde e consequentemente a sua autonomia. “A hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade” e “pode representar uma série de ameaças: ameaça à vida e à integridade corporal (...)” (CABETE, 2005. p. 19).

Neste contexto, garantir um enfermeiro no momento de orientação, capacitado para a função de guia/orientação/ajuda foi primordial e inerente ao cuidar em enfermagem, pois “(...) *a enfermeira ajuda o doente a levar a cabo o plano terapêutico iniciado pelo médico.*” (ENDERSON, 2007, p.3). É ao enfermeiro que o doente recorre na procura de “(...) *vários tipos de ajuda que não esperam receber dos outros*

³⁴ Tradução Livre: “Pessoas muito idosas têm um significativo aumento do risco de ocorrência de várias síndromes geriátricas durante o internamento hospitalar (...)” in Mecocci, P. et al. - Cognitive Impairment Is the Major Risk Factor for Development of Geriatric Syndromes during Hospitalization: Results from the GIFA Study. 2005. Dement Geriatr Cogn Disord 2005;20:262–269.

³⁵ Dados fornecidos pelo Serviço de Informática do Hospital onde exerce funções.

³⁶ PFISTERER, M. (2001) - Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. **Lancet**. Vol. 358. P. 951–957.

profissionais de saúde” (BENNER, 2005, p.67). A esta função todavia, nem sempre lhe é dada grande visibilidade comparativamente ao registo das atividades derivadas das intervenções e diagnósticos médicos.

As intervenções autónomas, como é o caso da orientação, sempre foram o foco de atenção das grandes teóricas, como Henderson bem explicita ao descrever-las como as funções que “(...) *as enfermeiras podem desempenhar por iniciativa própria, e na qual são proeminentes* (...)”(2007, p.2). São estas funções que dão conteúdo e sentido ao cuidar em enfermagem, pois o enfermeiro é em primeira linha a pessoa que cuida. COLLIÉRE (1999, p.235) afirma que:

“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de VIDA, (...) um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (...)”.

BENNER identificou através da investigação sete domínios da prática de enfermagem, sendo a deste estudo situada na função de educação e orientação. Segundo a autora “*Educar para a intervenção (...) e, depois, para a recuperação [é] guiar um doente ao longo da sua doença. Tornar familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente*” (2005. p. 91). Porém o domínio da vigilância e administração de protocolos terapêuticos também está incluído, pois muitas das orientações também se referem à gestão da medicação.

Assim, neste projeto sendo o problema principal **um atendimento deficiente à pessoa idosa na fase preparatória de cateterismo cardíaco**, identifico os seguintes problemas adjacentes:

- Ausência de um profissional qualificado para ensino/orientação da pessoa idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco;
- Deficiente programa de ensino e orientação para a realização de cateterismo cardíaco;
- Ausência de orientação escrita para a fase preparatória do cateterismo cardíaco.
- Deficiente circuito de atendimento na fase preparatória de cateterismo cardíaco;

Face ao diagnóstico efetuado foi necessário criar condições de atendimento eficaz para assegurar uma minimização dos riscos. Para isso foi imprescindível ocupar um espaço físico, negociar e afirmar o exercício das funções do enfermeiro que como

técnico tem a preparação científica, técnica e humana adequada à especificidade dos problemas das pessoas idosas que realizam cateterismo cardíaco.

Esta decisão fundamenta-se no princípio da segurança do utente. Este é um problema de saúde pública para o qual é necessário uma resposta integrada através da identificação de áreas de actuação, tendo como objectivo primordial reduzir ao máximo a probabilidade de danos aos utentes. (SOUSA, 2006). Quando cuidamos da pessoa idosa, o conceito de segurança é mais complexo, devido ao carácter multidisciplinar inerente à sua condição de doente e também pela incidência e a intensidade das manifestações iatrogénicas serem mais acentuadas. Em Geriatria, o conceito de segurança, tem um significado mais amplo, pois relaciona-se directamente com os cuidados prestados pelos vários profissionais que integram a equipa multidisciplinar (CARVALHO-FILHO, 1998). A segurança do utente e a qualidade dos cuidados são o núcleo do sistema de saúde e dependem da forma como os enfermeiros assumem o seu papel de liderança na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (HUGHES, 2008).³⁷ Portanto, desenvolver este projeto de intervenção, foi uma actividade inerente às competências de enfermeira especialista, pois permitiu-me desenvolver capacidades para ser capaz de gerir de *“forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”* (OE, 2005)³⁸

2.2 Implementação do Projecto de Intervenção – Acolher a Pessoa Idosa

*“O método é o caminho que todo o conhecimento vai buscar para nos fazer conhecer (...).”
COLLIÈRE (1999. Pag. 255)*

Este subcapítulo descreve a implementação do projeto, nas actividades desenvolvidas e nos processos utilizados. Utilizei a nomenclatura de BENNER (2005) relativa aos domínios da função de ajuda, da função de educação e de orientação e da função de diagnóstico e vigilância do doente nas actividades que desenvolvi.

Para a implementação deste projecto foi necessário a formulação prévia dos objectivos, já descritos na introdução³⁹. Os objectivos devem descrever, com clareza e

³⁷ HUGHES RG (2008.). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality.

³⁸ Ordem do Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

³⁹ Objectivo Geral: Que a Pessoa Idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco no HGO disponha de um atendimento de enfermagem de forma regular e sistematizada em regime de ambulatório (Momento de Orientação). Objectivos específicos: Que a Pessoa Idosa exprima as suas necessidades de informação antes de ser submetida a cateterismo cardíaco; saiba dizer os riscos decorrentes do cateterismo

precisão, as mudanças comportamentais que se pretendem atingir. São uma intenção e ao mesmo tempo uma previsão, pois são o ponto de partida e o ponto de chegada. (LUCK, 2009). Face ao diagnóstico da situação descrito anteriormente tive a pretensão de preconizar os objectivos centralizando-os na pessoa idosa.

A dinâmica de implantação do projeto de intervenção no contexto do estágio, obrigou a desenvolver várias actividades em simultâneo. Estando estas interligadas, é difícil transcrever a forma como foram desenvolvidas sem se perder um pouco da dinâmica imprimida. Para facilitar o trabalho e compreensão do leitor, organizei este subcapítulo tendo por base os problemas parcelares identificados anteriormente, onde irei descrever, de uma forma sistematizada as actividades desenvolvidas mais significativas, assim como os processos utilizados nas mesmas.

Como recursos imprescindíveis, era necessário uma sala equipada com meios audiovisuais para a projecção de filmes e/ou diapositivos. Este espaço já existia no Departamento de Formação, piso 2, equipado com meios audiovisuais necessários.

Para a **divulgação do projecto** junto da equipa de enfermeiros, utilizei o momento da passagem de turno. Esta é *“(...) um momento de reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objectivo assegurar a continuidade do cuidado (...), e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.”* (OE, 2001)⁴⁰ Portanto, são espaços privilegiados de passagem de informação entre enfermeiros, que no serviço onde exerço funções é realmente usado tanto na informação necessária à continuidade dos cuidados, como também de outro tipo de informação, seja de carácter institucional ou informativo, onde toda a equipa está presente. Os **chefes de equipa** foram **aliados** importantes, pois foi através deles que a informação foi passada aos restantes elementos da equipa. Falei particularmente com cada um dos 5 enfermeiros, sobre as várias etapas e processos inerentes ao projeto. Pude perceber as suas motivações e a sua disponibilidade, tendo recebido valiosos contributos e sugestões. As suas opiniões confirmaram que este era um projecto necessário ao serviço e aos utentes e desejado há algum tempo. Pedi aos chefes de equipa a sua colaboração na divulgação do mesmo, para isso providenciei alguma

cardíaco, bem como das comorbilidades; saiba os cuidados a ter antes do exame para prevenir riscos decorrentes do cateterismo cardíaco; saiba dizer o efeito das informações e cuidados recebidos, como resultados esperados da intervenção realizada.

⁴⁰ Pacerer jurídico CJ/20 2001 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, sobre Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias.

informação escrita sobre a sessão de esclarecimento que distribui pelas equipas e ficou sediada na pasta de recados.⁴¹

1.1.1. Espaço de Cuidado Profissional Ocupado Indevidamente

A **ausência de um profissional qualificado** para ensino/orientação da pessoa idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco foi o primeiro problema parcelar identificado. Foi claro para mim, desde o início, **assumir o papel de enfermeira no acolhimento aos utentes**. O enfermeiro sendo em primeira linha, a pessoa que cuida, é o primeiro responsável pela função educativa à população. No cuidar dos utentes é exigido competências de ensino, as quais não se pode negar. Esta permissão está regulamentada na Legislação Portuguesa,⁴² ao evidenciar a função de orientação na prestação de cuidados, no sentido de implicar o utente, integrando-o num processo educativo que promova o autocuidado. Tanto o Código Deontológico⁴³ como o REPE⁴⁴, também evidenciam a função de orientação e supervisão do utente, destacando-se a transmissão de informação que vise a mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde.

Assim antes de iniciar o estágio reuni com a funcionária administrativa em Setembro 2011, com o objetivo de apresentar o projecto e consequentemente, a presença de uma enfermeira na sessão de esclarecimento aos utentes na fase preparatória de cateterismo cardíaco. Tive oportunidade de ouvir a sua opinião sobre a estrutura desta sessão, dado que era ela que autonomamente recebia os utentes. Ficou acordado que a organização deste momento de orientação seria alterada e foi definido o papel de cada um dos intervenientes: funcionária administrativa e a enfermeira. Iniciei nesta altura o meu processo de formação em relação à necessidade e capacidade negociar. Neste caso estava em causa negociar uma perda de poder e definir novas regras de funcionamento. Foi um processo difícil e que geri de forma menos harmoniosa que o desejável. Voltei a reunir-me mais vezes para acertos e correcções à organização negociada relativa ao momento de orientação, assim como no planeamento dos utentes para este momento. Constatei reatividade e ineficácia:

⁴¹ A pasta de recados é usada em todas as passagens de turno, onde ficam registados as informações importantes que são imprescindíveis transmitir à equipa.

⁴² Diário da República. Dec.-Lei 437/91. Regime Legal da Carreira de Enfermagem, capítulo II, conteúdo funcional, artigo 7º, ponto 1 c)

⁴³ Ordem dos enfermeiros. Código Deontológico dos Enfermeiros. Artigo 80, b). 2005. P 83.

⁴⁴ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro: Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros. Artigo 5º.

nem todos os utentes eram agendados, nem havia critérios de agendamento dos mesmos, pelo que houve necessidade de aferir e esclarecer os papéis dos profissionais ali envolvidos. Uma das maiores dificuldades sentidas, prendeu-se com a negociação da mudança de poder entre os actores envolvidos no momento de orientação, o que teve implicações menos favoráveis, na relação enfermeira e funcionária administrativa.

A conquista do meu lugar como enfermeira não foi fácil. Senti que me faltava maturidade na capacidade de diálogo e assertividade. A aptidão para ser assertiva, foi sendo aprendida e treinada à medida que aumentei a autoconfiança face às reacções positivas relativamente ao meu desempenho e à comunicação interpessoal com os clientes e famílias. Permitiu-me ser mais construtiva na relação que desenvolvi com os outros. Tendo em conta as dificuldades sentidas na gestão da relação enfermeira/administrativa, achei pertinente compreender melhor a situação e decidi entrevistar a funcionária administrativa. Que malgrado a minha inépcia era uma das parceiras neste projecto. Os objectivos desta entrevista foram: conhecer a sua opinião sobre o desenvolvimento do projecto e identificar os princípios e dificuldades inerentes à concepção e desenvolvimento de uma entrevista em profundidade, no sentido de desenvolver competências ao nível das técnicas de investigação. Não correu como esperava. Tornou-se claro, que nestes processos educativos tudo é caminho, e as dificuldades também são aprendizagens.

A **prestação de cuidados na dimensão do ensino/orientação** foi para mim prioritária, por isso, procurei assumir o meu lugar como enfermeira no acolhimento aos utentes idosos. Esta actividade foi a mais importante que desenvolvi e fulcral em todo o projeto, porque foi através dela que tive oportunidade de acolher os utentes num contexto diferente tendo como figura central a pessoa idosa como meu alvo de cuidados. Sendo esta, uma pessoa com características especiais, já descritas anteriormente no enquadramento teórico, parti do pressuposto que o processo de acolhimento iria condicionar, em grande parte o decurso do internamento (CARDOSO E PINTO, 2002), pois as primeiras impressões com que a pessoa idosa se depara, principalmente com um ambiente desconhecido, como é um hospital, são determinantes de todo o ulterior percurso de internamento (NEVES E PACHECO, 2004).

Poder acolher a pessoa idosa permitiu-me desenvolver competências específicas na área da Geriatria de um modo privilegiado, uma vez que foram feitas durante o processo formativo de estágio e com o tempo que habitualmente um enfermeiro não dispõe. Como tal, pude oferecer um cuidado diferenciado, respondendo à singularidade de cada pessoa idosa, segundo os requisitos da sua etapa de desenvolvimento. Pude ainda, aperceber-me da complexidade das respostas humanas às situações de saúde/doença das pessoas idosas e grupo familiar e comunitário que integra (Regulamento n.º 168/2011)⁴⁵.

Este momento de orientação, pelo facto de ocorrer fora do internamento, propiciava também um ambiente mais descontraído, sem o conceito de *personalidade despersonalizada* de doente internado com a imagem inerente de pijama e chinelos! Neste contexto de consulta, a pessoa idosa e família puderam fazer uso da palavra para questionar de forma livre sobre o exame e sobre todas as suas dúvidas.

Progressivamente, constatei, que a minha **presença** era vista como um recurso, o qual os utentes/família usavam, colocando por associação, outras questões relativas a problemas, dificuldades, medos, ou seja, sobre um conjunto de interrogações que só um profissional especializado consegue responder e consequentemente actuar eficazmente. Este cuidar personalizado fez a diferença no acolhimento ao utente idoso.

Através dos cuidados prestados pude aperceber-me de vários **problemas complexos decorrentes do cateterismo cardíaco**, que só um **enfermeiro experiente** dispõe de conhecimentos para fazer uma orientação profissional actualizada e personalizada. Foram desenvolvidas competências ao nível de perito no domínio vigiar e assegurar a qualidade dos cuidados (BENNER, 2001). Evoco alguns cuidados prestados:

- O encaminhamento que dei a uma pessoa idosa para a assistente social⁴⁶ porque tinha dificuldades económicas e corria o risco de abandonar a terapêutica. Sabemos que a adesão ao regime medicamentoso é condição importante na realização de angioplastia coronária, pelo que o risco de abandono da medicação é a reestenose

⁴⁵ Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 8 de Março de 2011. In <http://www.ordemenfermeiros>.

⁴⁶ "Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência." In Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico dos Enfermeiros.2009.p.105

de *stent* e consequente enfarte agudo do miocárdio e que o enfermeiro é o profissional qualificado na promoção da adesão ao regime medicamentoso. (HENRIQUES, 2011)⁴⁷

- Quando remarquei os exames pré-cateterismo⁴⁸ e a realização do mesmo para o mesmo dia, de modo que a pessoa idosa não tivesse de duplicar e pagar duas vindas de transportes ao hospital. (CÓDIGO DEONTOLÓGICO, artigo 83)⁴⁹

- Quando identifiquei que a pessoa idosa era alérgica ao marisco, e que não tinha sido providenciada medicação de profilaxia de alergia ao iodo.⁵⁰ *“as enfermeiras têm a possibilidade de prevenir e detectar os erros(...)”*(BENNER, 2001. P 161).

- Quando detectei que o utente sob anticoagulação oral não tinha suspenso o anticoagulante,⁵¹ inviabilizando a realização do cateterismo, tendo como consequência deslocações desnecessárias ao hospital. *“Elas detectam os erros antes que estes possam provocar estragos.”* (THOMAS citado por BENNER, 2001, p. 162)

- Quando identifiquei os utentes diabéticos garantindo a suspensão da metformina no dia do cateterismo cardíaco, prevenindo complicações renais.⁵² *“avaliar o que pode ser esquecido ou acrescentando às prescrições médicas sem pôr em risco a vida do doente”* BENNER, 2001. p161).

- Quando analisei os resultados de análises dos utentes evitando nova colheita e por vezes uma nova deslocação ao hospital:

“Este utente já tinha colhido sangue para análises neste dia (...)e pertinentemente colocou-me a questão da necessidade de fazer novas análises para o cateterismo cardíaco. (...) Acompanhei o utente e a sua esposa ao laboratório para confirmar que parâmetros teriam colhido. Faltava apenas a colheita para coagulação, tendo então o utente colhido nesse momento, evitando assim uma deslocação desnecessária ao hospital.” (excerto de notas de campo – 13ª Semana)

Os casos descritos evidenciam a actuação de um enfermeiro experiente e qualificado que marcou a diferença no processo de saúde dos utentes. *“A [enfermeira] perita (...) compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende*

⁴⁷ O sucesso na adesão ao regime terapêutico, passa pela avaliação que o enfermeiro faz da pessoa idosa, considerando os seus hábitos de vida e a sua situação sócio-económica, para que esta possa adequar e integrar as rotinas do seu dia-a-dia o regime terapêutico, avaliando e assegurando respectivamente, a necessidade de acompanhamento personalizado de acordo com as suas necessidades individuais (Henriques, 2011).

⁴⁸ Os exames pré-cateterismo cardíaco consistem em análise sanguíneas (hemograma, coagulação e bioquímica) e electrocardiograma.

⁴⁹ “(...)co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento” in Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico dos Enfermeiros.2009.p.105.

⁵⁰ O marisco é rico em iodo, por isso, quando o utente apresenta esta alergia, tem uma probabilidade alta de fazer alergia ao contraste iodado, administrado durante o cateterismo cardíaco.

⁵¹ O anticoagulante (seja o varfina, pradaxa ou xarelto), necessita de ser suspenso 3 dias antes da realização do cateterismo cardíaco e substituído por enoxaparina subcutânea.

⁵² Como a nefrotoxicidade e a acidose láctica severa (Proença, 2011)

directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (BENNER, 2001, p. 58).

A **presença do enfermeiro**, enquanto profissional qualificado veio resolver outro problema (ético) no âmbito do direito do utente a participar nos seus cuidados de saúde - o **consentimento informado**. O cumprimento deste princípio era um procedimento realizado até ali de forma irregular e aparentemente mecânica, sendo desrespeitador dos direitos básicos dos utentes. Foi um tema que me incómodou e que me fez investigar e aprender, pois deparei-me com um verdadeiro atropelo dos seus direitos. O consentimento informado era solicitado pela funcionária administrativa de uma forma abusiva e autocrática. Durante o estágio tive oportunidade de assistir a uma formação em serviço subordinada ao tema da ética no cuidar, onde o consentimento informado foi largamente discutido pela equipa. Esta formação foi dirigida por uma enfermeira especialista nesta área, o que possibilitou um debate e discussão viva sobre casos práticos do cuidar dos utentes, que me ajudou particularmente neste processo formativo de aquisição de conhecimentos e competências. Operou-se uma mudança de paradigma, ao perceber que o consentimento informado representa uma mudança radical na relação cuidador-cuidado, porque esta implica um diálogo ao mesmo nível, que pretende eliminar atitudes prepotentes por parte dos profissionais, sendo o utente reconhecido como um ser autónomo e participante ativo no seu próprio processo terapêutico (MARQUES, 2002).

No quotidiano dos cuidados de enfermagem, na azáfama do turno de trabalho, pode por vezes, faltar a capacidade de compreensão, por parte dos profissionais, da ligação intrínseca entre cuidados no âmbito da saúde e o consentimento informado. Ainda se verificam alguns estereótipos de que o utente deve ter uma atitude passiva para receber cuidados e ser assim, considerado o *“bom doente (...), aquele que não questiona o que é dito e o que é feito.”* (CABETE, 2005, p22). Ora, ao enfermeiro é exigido na sua prática diária,

“informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em

matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.” (OE, 2007. p.109)⁵³

Interessa salientar que o consentimento informado implica informar, ou seja, “*dar forma a um conjunto de dados*”⁵⁴ relativos a qualquer coisa, para que a pessoa possa decidir. No contexto da saúde, a informação deve ser um meio e não um fim em si mesma. Transformar a informação em significado para o utente é garantir que este é compreendido, e assim contribuir para a redução ou eliminação da incerteza, promovendo o seu processo de adaptação e de tomada de decisão. “*Do direito da pessoa possuir a informação para formar uma vontade livre e esclarecida, decorre o dever de informação dos profissionais.*” (OE, 2007)⁵⁵

Em termos de desenvolvimento de competências clínicas o conhecimento científico de que dispunha nesta área e a maturidade desenvolvida durante o estágio proporcionou-me uma mudança na forma como encaro hoje o utente. Ele é o responsável pela sua saúde e por isso não pode ser excluído do processo de decisão, (DGS, 2005)⁵⁶. Desde 1996, que tem sido feito um esforço para reforçar as capacidades do cidadão em relação à responsabilidade na sua saúde, disso é exemplo a Carta de Ottawa. Esta pretensão só é possível se o utente tiver acesso a uma informação objectiva, transparente e compreensível, para que assim fique apto a decidir, como cidadão livre e esclarecido. Neste âmbito, os profissionais de saúde têm o dever de prestar cuidados tendo em conta esta permissão, usando o consentimento informado como garantia de uma reciprocidade no cuidado centrado no utente. O momento de orientação para os utentes na fase preparatória de cateterismo cardíaco estava assim, a colmatar uma falha nesta área, constituindo um instrumento importante para complementar e integrar o consentimento informado. Contribuindo, portanto, para o respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa, garantido a autodeterminação, a liberdade individual, a formação de uma vontade esclarecida e a escolha pessoal (características inerentes da dignidade humana).

Em reunião com o Diretor do Serviço, o problema referente ao consentimento informado foi abordado, numa tentativa de se encontrar solução. Desta reunião surgiu o compromisso de os médicos terem especial atenção a este problema, tanto na sua

⁵³ Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do enfermeiro. Artigo 84.

⁵⁴ In <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/informações>

⁵⁵ Ordem dos Enfermeiros. Enunciado de Posição 02/07 Consentimento Informado para intervenções de enfermagem. 15/03/ 2007.

⁵⁶ Carta dos Direitos do Doente Internado. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. In www.dgs.pt

aplicação geral de informação sobre os procedimentos, como na sua aplicação específica na assinatura de um documento escrito a consentir o exame em causa.⁵⁷ Definiu-se também que todas as situações encontradas em não conformidade com o estipulado, então serão encaminhadas para um médico da equipa de hemodinâmica,⁵⁸ deixando assim de ser entregue pela funcionária administrativa o formulário do consentimento informado. Estas situações passaram a ser encaminhadas e orientadas pelo enfermeiro, sendo uma conduta a que toda a equipa aderiu.

O **enfermeiro ao ensinar/orientar** o utente, neste momento de orientação, minimizou outra lacuna no atendimento que era feito em alguns dias da semana, em que o tempo de preparação do utente é muito curto⁵⁹. O hospital é um ambiente agitado onde as interrupções consecutivas são uma realidade, interferindo na interação enfermeiro-utente. Este ambiente impede a formulação de dúvidas e a verbalização de preocupações (VEIGA, 2007). Ficava assim, comprometida a **colheita de dados** realizada, podendo ter como consequências iatrogenias.⁶⁰ Estas adquirem maior importância na pessoa idosa, devido a modificações determinadas pelo envelhecimento, a presença de doenças crónicas, a maior frequência de exames de diagnóstico, a polimedicação, o uso de métodos terapêuticos mais agressivos e sofisticados, são os principais factores do aumento da incidência e intensidade das manifestações decorrentes da iatrogenia. Alguns estudos indicam que a maioria das iatrogenias, na pessoa idosa, podem ser evitadas, desde que se identifique correctamente e se preconize medidas para prevenir ou reduzir os seus efeitos (CARVALHO, et al, 1999).

O enfermeiro no momento de orientação, na função educativa, é o profissional qualificado para a identificação de situações que podem trazer complicações para o utente, por isso tem a obrigação profissional de registar, para assim “*assegurar a*

⁵⁷ O consentimento informado na sua forma escrita e assinada pelo utente, apenas é obrigatório em casos explicitados na Lei, tais como: ensaios clínicos, interrupção voluntária de gravidez, procriação medicamente assistida, colheita de órgãos e tecidos em dadores vivos para fins de transplante, electroconvulsivoterapia e do tratamento automatizado de dados pessoais relativos ao estado de saúde. Mas ao abrigo do programa de qualidade CHKS (Caspé Healthcare Knowledge Systems) ao qual o Hospital onde exerço funções foi creditado, tornou-se obrigatório a assinatura por parte do utente da declaração do consentimento informado para qualquer exame invasivo, exceto em situações de urgência.

⁵⁸ A equipa de médicos do serviço de cardiologia, está organizada por equipas, sendo a equipa da hemodinâmica responsável pelos utentes que vêm realizar cateterismo cardíaco programado.

⁵⁹ Às quintas e sextas-feiras, o utente é admitido às 8 horas no serviço, o que dificultava uma colheita de dados completa. Este problema também foi identificado pelos enfermeiros do serviço.

⁶⁰ “Consideram-se como afecções iatrogénicas aquelas decorrentes da intervenção do médico e/ou de seus auxiliares, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultam consequências prejudiciais para a saúde do paciente” in CARVALHO-FILHO; et al. E. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. Rev. Saúde Pública, 32 (1): 36-42, 1998.

continuidados dos cuidados (...)” (OE, 2005, p105.)⁶¹ Os registos de enfermagem têm como finalidade descrever a situação de um utente e os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados. Os registos que decorrem das actividades independentes do trabalho de enfermagem promovem a autonomia da profissão. Este trabalho autónomo importa ser evidenciado e promovido sendo que os registos de enfermagem, muitas vezes esquecidos são fundamentais na qualidade de assistência ao utente. Com esta preocupação e em consenso com os enfermeiros foi acordado que os registos referentes à colheita de dados da pessoa idosa (incapacidades cognitivas, dependência física, social entre outros), pertinentes para o plano de cuidados, iriam ser em suporte de papel no momento de orientação, porque para além de otimizar o trabalho dos enfermeiros posteriormente, também tornava mais seguro a realização do cateterismo cardíaco, uma vez que a colheita de dados é feita com mais tempo, diminuindo o risco de falta de informação.⁶² A avaliação destes registos foi feita através da observação das colheitas de dados dos utentes a quem eu tinha recolhido informação. No início apenas eram valorizadas e registadas informações decorrentes dos antecedentes pessoais (situação de doença do utente), alergias, medicação, peso e altura.⁶³ Neste âmbito, penso que o grupo precisa ainda de evoluir, pois se os registos informáticos⁶⁴ (feitos com linguagem CIPE – classificação internacional para as praticas de enfermagem), tornaram possível registar e contabilizar tudo o que se faz de uma forma mais simplificada, por outro lado, este sistema permite cair na minimização e padronização dos mesmos, transparecendo a ausência de individualização dos cuidados. Alguns estudos chamam a atenção para o facto dos registos informáticos, poderem levar a uma linguagem estereotipada com excessivo ênfase na eficiência dos cuidados de enfermagem, não havendo evidência dos benefícios para os utentes, nem a sua participação. O uso de uma lista pré-estabelecida de tarefas conduz a uma acção focalizada na própria acção e não no doente. (KARKKAINEN, *et al*, 2005).⁶⁵

⁶¹ ORDEM DOS ENFERMEIROS. Artigo 83 – Do direito ao cuidado. Código Deontológico do Enfermeiro. 2005.

⁶² Este registo é feito em suporte de papel, porque há ainda uma impossibilidade técnica de serem informatizados. O momento de orientação não corresponde ao momento do internamento, impedindo assim o acesso ao sistema de apoio às práticas de enfermagem (SAPE). Quando o utente é internado, então é feito o registo dos seus dados e do processo de enfermagem em suporte electrónico pelo enfermeiro que o acolhe.

⁶³ Estas são as informações mínimas, que fazem parte de um *check-list* de enfermagem que tem que ser preenchido na admissão do utente.

⁶⁴ Software SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem.

⁶⁵ Karkkainen, et al. Documentation of Individualized Patient Care: A qualitative Metasynthesis. Nursing Ethics 2005. P.123-132.

No que concerne aos registos, acredito que é a capacidade de deixar escrita a história de vida da pessoa, que permite “(...) *ficar muito perto das pessoas, compreender as pessoas, através de uma sensibilidade, de uma escuta, que só as histórias de vida vão permitir desenvolver e aprender.*” (Josso, 2003, p.115)

Para além das actividades descritas, que foram desenvolvidas para **justificar a presença do enfermeiro como profissional qualificado**, esta só poderia ser garantida **envolvendo** toda a **equipa de enfermagem**. A **formação em contexto de trabalho** surge assim, como filosofia do projecto garantindo a sua continuidade. Desde o início a preocupação em envolver os enfermeiros foi grande, pois sem a sua participação e empenho o projecto não teria futuro, para isso foi necessário conseguir inquietar e transmitir o meu incómodo e de mais alguns enfermeiros a toda a equipa de enfermagem por forma a dissimular essa necessidade para que a mudança acontecesse.

Como referi anteriormente, o problema descrito sobre o atendimento e orientação das pessoas para cateterismo cardíaco causava incómodo na equipa de enfermagem. Tínhamos consciência que não estávamos a cumprir a nossa função educativa/orientação, deixando para outros profissionais não qualificados, o que é exclusivo dos enfermeiros e paradoxalmente numa área de intervenção autónoma. Assim, estando eu num processo formativo e autoformativo tornou-se apropriado usar como ferramenta, a formação em contexto de trabalho. Fundamentando-me em DUBAR:

“A formação válida é aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos diretamente pelo seu exercício. Para que serve ter conhecimentos se estes não servirem para mudar as condições ou os resultados do trabalho?” (2003, p. 49)

O contexto de trabalho contém uma pluralidade de situações educativas que podem levar à formação. Esta tem os seus alicerces nas experiências e nas vivências dos indivíduos. Uma estratégia formativa pode promover um ciclo de construção de novos saberes a partir dos saberes em utilização. (AMIGUINHO, *et al*, 2003), mas nunca deve ser imposta, ou oferecida ao grupo, sem este sentir a sua necessidade.

Assim, utilizei a formação em contexto de trabalho numa metodologia de apresentação e discussão de estudos de caso, tendo recorrido para isso, às notas de campo e aos estudos de caso realizados no contexto do estágio, para envolver a equipa. *“Para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a*

interacção com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos” (AMIGUINHO, *et al*, 2003, p. 107)

Organizei este momento formativo por forma a conseguir, através da discussão participada, um processo interactivo tendo como características a resolução de problemas (AMIGUINHO, *et al*, 2003). Abordando os enfermeiros como detentores de conhecimentos e experiências e capazes de se comprometerem na descoberta de intervenções de enfermagem promotoras de mudança do real, consegui cativar o grupo para a formação através do que eu tinha vivido, mas também do que a literatura e a investigação preconizavam. Os objectivos desta formação foram: que os enfermeiros verbalizassem os cuidados que as pessoas idosas precisavam relativamente ao cateterismo cardíaco; que os enfermeiros dessem contributos para melhorar o atendimento da pessoa idosa, baseados no caso apresentado e generalizando boas práticas na organização do momento de orientação à pessoa idosa (Apêndice II).

Foram temas desta formação a abordagem à pessoa idosa que vem realizar cateterismo cardíaco, o circuito de atendimento na fase preparatória deste exame, o programa de ensino no momento de orientação, o consentimento informado, os registos e continuidade dos cuidados prestados e a nossa responsabilidade como enfermeiros na prevenção de situações de insegurança para o utente. Como resultado, surgiu o compromisso de maior vigilância por parte dos enfermeiros de todos os elementos que fazem parte da preparação para o cateterismo cardíaco. Pude também constatar, que os registos feitos neste momento de orientação foram considerados pela equipa como importantes para o acolhimento no dia do internamento. Não só foi dado atenção aos registos relativos às exigências da dimensão clínica, mas também aos registos que decorriam da avaliação da condição física e social dos utentes, que necessitam de cuidados individualizados especiais e respectivo encaminhamento para recursos da comunidade.

A equipa sugeriu que no mês de abril, se organizassem pequenos grupos de enfermeiros para assistirem ao momento de orientação, como modelo de intervenção, por forma a facilitar a integração desta actividade na dinâmica usual do serviço. Para facilitar o conhecimento de todo o projecto, e a auto-formação dos enfermeiros, ficou acordado que organizaria um dossier orientador, contendo vários documentos estruturados de modo a facilitar a orientação do cliente, concretamente sobre o filme,

os slides a serem usados, o folheto de orientação para os utentes e um guia sobre a organização do programa de ensino/orientação.

A escolha do dia e da hora desta actividade formativa, teve em conta as dimâmicas do serviço, por forma a conseguir reunir o maior número de enfermeiros. Aproveitei este momento para, com a equipa, realizar um balanço intermédio, sobre as actividades já desenvolvidas por mim, onde me disponibilizei para receber críticas, sugestões e compromissos para ajustar o projecto à realidade.⁶⁶ Foi uma aprendizagem muito positiva, pois pude organizar e participar numa dinâmica formativa, onde todos os enfermeiros puderam transformar as suas experiências em novas aprendizagens. (CANÁRIO, 2000). Toda esta actividade proporcionou-me aprendizagens ao nível das competências de enfermeiro especialista ao responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade (OE, 2010).

1.1.2. Programa de Ensino/Orientação

Após a participação em algumas sessões de esclarecimento e tendo em conta que muitas vezes a informação fornecida pelos profissionais não é a desejada pelos utentes (SUHONEN, 2005),⁶⁷ tive a necessidade de perceber que tipo de informação o utente desejava e procurava. Fui registando as suas dúvidas, tendo percebido que estas estavam relacionadas com a medicação, receios e dúvidas sobre o que consistia o exame, bem como o que trazer no dia do exame. Foi baseado nesta informação colhida que iniciei a construção do folheto informativo e da informação em slides colmatando assim a ausência de orientação escrita para a fase preparatória de cateterismo cardíaco.

Pude apurar através da observação e diálogo com os utentes (informação colhida de forma sistematizada e intencional), que no dia do internamento para realização de cateterismo cardíaco, a orientação dada contribuiu para a redução da ansiedade da pessoa idosa. Constatei, de uma forma empírica que os utentes estavam informados e mais serenos, principalmente no dia do internamento, pois a informação adquirida sobre o exame e o contexto físico, permitia minorar o desconhecido, (atingindo assim o objectivo específico: que a pessoa idosa saiba dizer o efeito das informações e cuidados recebidos, como resultados esperados da intervenção

⁶⁶ Acção de Promoção e educação para a saúde/escolas promotoras de saúde in <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

⁶⁷ "Patients informational needs and the information received from staff did not correspond." In Suhonen, et al, 2005.

realizada). Esta opinião também foi corroborada pelos enfermeiros do serviço. A literatura confirma que o ensino pré-operatório auxilia o utente a reduzir todos os receios e a prepará-lo para a cirurgia, neste caso podemos extrapolar para exames invasivos (PHIPPS, et al,1995).

Assim fornecer informação aos utentes é também envolvê-los e contribui para satisfazer várias necessidades:

“(...)ao nível médico-legal permite o consentimento informado; ao nível psicológico, ajuda a lidar com a doença, reduz os estados depressivos, o stress e a ansiedade, preserva a dignidade e o respeito, promove o sentimento de segurança, aumenta a adesão e o compromisso, a aceitação de procedimentos e a responsabilidade do utente/doente.” (RAMOS, 2012.)⁶⁸

Neste contexto, percebi que a enfermeira especialista, ou seja, *“(...)qualificada, tem oportunidade de ouvir o doente ou o cliente; de identificar-se com ele e com a sua família, avaliar as suas necessidades e construir uma relação pessoal de ajuda, essencial para uma enfermagem mais eficaz.” (HENDERSON, 2007. p.71)* O papel da enfermeira neste campo é crucial, para compreender as necessidades de ensino, dos utentes, tendo em conta a sua individualidade e características únicas. A enfermeira especialista está apta para, com um olhar refinado, neste caso à pessoa idosa, adequar não só o ensino, como, ao avaliar a sua condição guiá-la no seu processo de doença. *“The findings confirm the importance of nurses’ roles in assessing patients’ informational needs to tailor and provide explicit and relevant information to satisfy patients’ informational needs” (SUHONEN, ET AL, 2005. p. 1167)⁶⁹.*

As necessidades de informação na área da saúde exigem respeito pela dignidade da pessoa, pois como anteriormente foi referido, a *“informação é um elemento-chave, particularmente quando geradora de aprendizagem cognitiva, de novas capacidades pelo cliente e promotora da capacidade de decisão” (OE, 2007),⁷⁰* pelo que qualquer sessão de esclarecimento/orientação carece de um programa adequado às necessidades dos utentes. No acolhimento aos utentes em geral e ao idoso em particular, o programa de ensino/orientação para ser adequado ao objectivo do momento de orientação teve em conta o tipo de informação que queria transmitir,

⁶⁸ Ramos. Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012
in <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/672/1302>

⁶⁹ Tradução livre: “As descobertas confirmam a importância do papel dos enfermeiros, na satisfação das necessidades de informação Suhonen, et al, 2005. p. 1167

⁷⁰ Ordem dos Enfermeiros. Enunciado de Posição 02/07 Consentimento Informado para intervenções de enfermagem. 15/03/ 2007.

bem como a forma como era transmitida à população alvo. Para isso, foi necessário estruturar a informação sobre o cateterismo cardíaco e a sua preparação, através da actualização dos meios audiovisuais existentes (filme), assim como a produção de novos meios auxiliares de comunicação. A produção de slides e a elaboração de um folheto sobre a preparação para cateterismo cardíaco foi elaborado e validado pela equipa de enfermagem, de modo a sentirem-se envolvidas e capacitadas para tal cuidado. (Apêndice III)

A literatura internacional mostra a eficácia da utilização dos meios audiovisuais na educação do utente, tanto na forma como aprende, como contribui para a diminuição dos medos e receios. O uso de meios audiovisuais tem um impacto positivo na educação, aumentando o nível de satisfação dos utentes (OLIVER, ET AL, 2010).⁷¹ Uma vez que o ser humano retém 2% do que lê, 20% do que entende, 30% do que vê e 50% do que entende e vê, os meios audiovisuais foram elementos facilitadores da comunicação, (CAMPOS; MARTINS; COSTA)⁷² pois facilitaram a forma de aprender. Outro ponto importante na utilização dos meios audiovisuais, é que estes se forem incluídos numa sessão de orientação, não ocupam mais tempo, que uma sessão sem recurso a meios audiovisuais. (ENZENHOFER, 2004)⁷³

Os utentes de várias idades têm necessidades diferentes de informação (ASHTON 1997, WILSON et al. 2002, MALY ET AL. 2003), sendo que os idosos também carecem de informação, (WILSON ET AL. 2002).

A pessoa idosa pode apresentar-se com alterações cognitivas e consequentemente com alterações na comunicação, por isso, aprendi de forma mais consciente que o papel do enfermeiro e neste caso, o do enfermeiro especialista em construção, foi muito importante e fez a diferença na estruturação do programa de ensino, na forma de transmissão da informação e orientação global da pessoa idosa. STANHOPE, LANCASTER (1999), alertam que utentes com dificuldades visuais podem necessitar de mais descrição oral no conteúdo da mensagem e pelo contrário, utentes com mais dificuldades auditivas necessitam de mais descrições visuais. Ao assumir-me

⁷¹ Oliver, P.; et al- Web-based audiovisual patient information system—a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. *Acta Neurochir* (2010) 152:1337–1341.

⁷² Campos, P.; Martins, E; Costa, M.. Manual do Formador - recursos. Formação Inicial de Formadores. ISLA de Bragança. ISBN 000-00-0000-0. In http://iefpmoodle.com/pluginfile.php/49224/mod_resource/content/0/RecursosFormadorFIF.pdf

⁷³ Enzenhofer, M. (2004) - Improvement of the Educational Process by Computer-based Visualization of Procedures: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*. "patients of different age groups have different informational needs."

como futura enfermeira especialista de atenção na avaliação da pessoa, nas suas necessidades e capacidades para adequar a informação às potencialidades e dificuldades existentes.

Desenvolvi competências relativas à **comunicação**, na medida em que fui aumentando ao longo das várias semanas, a capacidade de tornar clara as minhas palavras, adequando a linguagem às características e necessidades dos utentes. Fui tomando consciência da responsabilidade de comunicar com consistência a informação relevante, de forma correcta e compreensível, assegurando que esta era dada à pessoa idosa e seus cuidadores de forma apropriada e clara. (OE, 2003).⁷⁴ Na aquisição de competências de comunicação, estão incluídos os conhecimentos em várias línguas (como o inglês e o francês) e quando não se conhece a língua (como foi o caso de um utente chinês), tive de utilizar outras formas de comunicação, como a não verbal, e onde as imagens e os filmes adquiriram uma importância crucial para se estabelecer comunicação com estes utentes.⁷⁵ A nota que se segue relata essa experiência:

*“(...)Pedi aos dois utentes (um chinês e um francês) para ficarem um pouco mais de tempo depois da reunião para os poder esclarecer (...)Tentei perceber as suas dúvidas. No caso do utente francês aproveitei a esposa como intermediária na informação que transmitia, dado que os meus conhecimentos de francês são limitados. (...) Em relação ao utente chinês, foi mais complicado, tive que recorrer a desenhos e a linguagem gestual para poder explicar a preparação para o exame. Fiquei na dúvida se ele tinha compreendido a maior parte da informação. Nesta altura pensei na **importância dos meios audiovisuais na transmissão de informação, na importância da “imagem que vale por mil palavras”**. Na semana seguinte acolhi estes dois utentes novamente. Foi muito agradável perceber que vinham informados sobre a preparação para o exame, tinham seguido todas as recomendações expressas no momento de orientação.” (notas de campo, semana 14ª)*

Com a pessoa idosa, o **acompanhante/pessoa significativa**, adquire um papel importante na condução do seu processo de saúde/doença, pois a sua condição de pessoa idosa com doença crónica associado a graus elevados de dependência torna-o por vezes, dependente de outros para ser cuidado. O papel de cuidador informal é fundamental na manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, cabendo ao enfermeiro especialista perceber esse recurso e assumi-lo como parceiro nos cuidados.

⁷⁴ Ordem dos Enfermeiros (2003). Divulgar. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Conselho de Enfermagem. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

⁷⁵ Tendo sempre em conta que o Hospital tem tradutores, que o enfermeiro pode recorrer no caso de achar necessário.

Neste estágio tive oportunidade de desenvolver competências a este nível de parceria nos cuidados, na orientação e esclarecimento da pessoa idosa, assumindo o cuidador familiar como **parceiro efetivo**, que participa ativamente no momento de orientação e acompanha a pessoa idosa no internamento. Os utentes vinham, na sua maioria, acompanhados pela família, principalmente os utentes mais idosos. A família, sendo a cuidadora informal, colocava-me, muitas vezes, questões, receios e medos, esclarecendo as suas dúvidas. Também era um recurso para o cuidado que eu precisava, pois ela tinha conhecimento da medicação habitual, dos antecedentes pessoais, das dificuldades físicas, sociais e económicas do utente. Deste modo, o meu diálogo, tinha sempre em conta este parceiro e os problemas que surgiam eram resolvidos sem que a pessoa idosa fosse subalternizada. Cumpria assim uma das recomendações de BENNER (2001) quando refere que compete à enfermeira apoiar e otimizar o papel positivo da família no processo de doença do doente, dando-lhes as informações necessárias na concretização de cuidados e apoio afetivo.

As actividades e processos utilizados que tenho vindo a descrever, não estariam completos, nem gerariam resultados, sem uma **avaliação do programa de ensino/orientação**. Sendo um projecto algo dinâmico, que foi ajustado às necessidades reais, previ uma avaliação contínua do programa de ensino/orientação, através da aplicação de um guião que funcionava como um *check-list* de informação, aos utentes que após o momento de orientação, fossem internados para realizar cateterismo cardíaco. Para isto pedi a colaboração dos enfermeiros, que no momento de admissão do utente formulavam um conjunto de questões que me permitiram avaliar a eficácia do programa instituído e assim adequá-lo (Apendice IV). Estes dados foram recolhidos durante quatro semanas e permitiram fazer ajustes no programa de ensino, melhorando a informação contida nos slides e a informação contida no folheto, principalmente em relação à medicação de ambulatório, tema que suscitou maiores dúvidas.

Globalmente, constatei que os utentes que participavam neste momento de orientação estavam mais informados, realizando as recomendações inerentes à preparação para o exame. Aparentemente apresentavam-se mais tranquilos e esta percepção foi compartilhada pelos enfermeiros do serviço, comparando com os utentes que não participam neste momento de orientação. Tal como a literatura mostra quando

se compararam dois grupos, a utilização dos meios audiovisuais na preparação para exames, revela níveis de satisfação e aumento de conhecimento sobre a sua situação de doença. (BERNSTEIN S. *et al.*1998.)⁷⁶

Assim, a experiência que vivi, confirmada pela investigação mostra que o papel do enfermeiro, tanto na sua função educativa, como na sua função de guia é crucial no acompanhamento da pessoa idosa.

1.1.3. Circuito de Atendimento

Um dos problemas identificados no diagnóstico da situação ao nível da estrutura de atendimento foi o deficiente circuito de atendimento na fase preparatória de cateterismo cardíaco, o que representava sérias dificuldades para o utente, obrigando este a várias deslocações ao hospital para realizar este exame. Dado que era imperativo serem realizadas análises sanguíneas pré-cateterismo, o problema prendia-se com a impossibilidade do laboratório do hospital realizar estas colheitas à quarta-feira, o que implicava que os utentes tivessem de se deslocar ao hospital três vezes: vir à reunião – momento de orientação, realizar análises e realizar cateterismo. Esta situação era prejudicial ao utente, pois muitas vezes apresenta dificuldades múltiplas de locomoção, dificuldades financeiras, agravadas por meios de transporte pouco acessíveis, fazia com que as várias deslocações ao hospital representassem sérias dificuldades, pois estamos a falar de uma população que na sua maioria é idosa com incapacidades e doenças crónicas e com vários níveis de dependência física, social e emocional. (SEQUEIRA, 2010)

Outro problema que me deparei, foram as dificuldades na capacidade de mobilização dentro do hospital, ou seja, o percurso que o utente tinha que fazer desde que entrava no hospital até à realização do exame era muitas vezes sinuoso e moroso. E, se pensarmos no utente idoso, que muitas vezes se apresenta com defice sensorial e dificuldade de perceção, deparamo-nos com problemas mais sérios que podem comprometer o processo terapêutico. O hospital representa um ambiente hostil, porque o funcionamento e as rotinas hospitalares diferem completamente das rotinas individuais da pessoa idosa (CABETE, 2005). Para além disso, o hospital é também uma

⁷⁶ Bernstein S. *et al.*1998. A randomized controlled trial of informationgiving to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care. *Health Expectations* nº1, 50–61.

estrutura altamente burocrática, fugindo à compreensão por parte dos utentes, da necessidade de certos mecanismos e tramites para a realização de procedimentos considerados simples do ponto de vista do utilizador. Levando, portanto, a elevados tempos de espera entre procedimentos, que na sua concretização acabam por ser rápidos. A pessoa idosa espera encontrar um profissional que consiga reconhecer as diferenças pessoais e individuais e o ajude na tomada de decisão sobre o seu processo de doença, sem ruptura com os seus valores e princípios. (CABETE, 2005)

Neste âmbito e tendo em conta todas estas permissas o meu trabalho foi desenvolvido por forma a minorar e otimizar todo este processo. Assim, foi negociado com o director de serviço o compromisso de também ele negociar com o director do laboratório a possibilidades de estes utentes poderem realizar as análises sanguíneas às 4^o feiras. Esta negociação ainda decorre, mas penso que até ao final do mês de Maio já haverá resultados. Tal mudança representa redução de apenas duas deslocações ao hospital para realizar cateterismo cardíaco, num dia realizar os exames pré-cateterismo cardíaco e participar no momento de orientação e noutro dia será internado para realizar o exame.

Sendo o enfermeiro o profissional qualificado, para acolher o utente permitiu a resolução de alguns problemas que me obriguei a realizar fugindo assim ao normativo da instituição. Realizei a colheita de sangue, acompanhei o doente ao laboratório e remarquei tanto o dia das análises como o horário da colheita. Senti, em alguns casos dever assumir o papel de advogado do utente, fazendo diligências para a resolução de alguns problemas complexos da pessoa idosa. Por estar num espaço privilegiado, conhecia os meandros do hospital e sem estar limitada ao meu ritmo de trabalho usual, pude ter um papel facilitador no interior do hospital, ao acompanhar os utentes com maiores dificuldades.

2.3 Reflexão Sobre as Experiências e as Aprendizagens Vividas

“Os estudantes precisam de aprender a pensar as experiências de cuidados humanos com que se confrontam e a extrair delas «a lição», para crescerem emocional e profissionalmente.”

FERNANDES, 2008, p.74

Este subcapítulo pretende demonstrar as aprendizagens mais significativas, que brotaram da reflexão sobre as experiências vividas.

A especialidade saúde do idoso tem como alvo a pessoa idosa numa etapa do ciclo de vida, a vivenciar processos de saúde/doença, e é dirigida aos seus projectos de saúde. A intervenção do enfermeiro especialista visa a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. (Diário da República, 2.^a série — N.º 47 — 8 de Março de 2011)

Independentemente da área de especialidade, conferir o grau de especialista, exige do enfermeiro, o desenvolvimento de competências comuns em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (O.E., 2010).⁷⁷ Estes domínios agrupam-se em 3 grandes áreas: clínica, gestão e investigação. Foi meu propósito demonstrar competências nestas áreas e ao nível das competências da teoria de BENNER. Esta autora diz-nos que *“É um tributo à riqueza da prática em enfermagem o facto(...) das competências (...) conduzirem a numerosas implicações para a investigação, para a prática clínica, para o desenvolvimento profissional e para educação ”* (2005, p. 189).

Na **área clínica**, as competências adquiridas são demonstradas através do estudo de caso e as notas de campo, onde se espelham os cuidados prestados ao nível de perito: *“Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.”* (OE, 2010).⁷⁸ Estes instrumentos só podem ser desenvolvidos ao longo do percurso de um estágio, pois ele permite usar a prática real para testar e refinar as hipóteses, as propostas e as expectativas. Trata-se do saber-fazer, adquirido através da experiência (BENNER, 2001. P. 32)

Através do estudo de caso pude conceptualizar os cuidados à pessoa, pois este é um instrumento que permite conhecer e observar o utente/família, a doença e os hábitos de vida. (GILLHAM, 2000). A importância de utilizar esta metodologia em enfermagem prende-se com o facto de ao aprofundar o conhecimento de determinada pessoa/família, pude aprofundar conhecimentos científicos e ao problematizar o caso desenvolvi competências referentes a uma situação real, reolhando-a em mais

⁷⁷ Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

⁷⁸ Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

profundidade, e fui construindo um corpo de conhecimentos que é próprio dos enfermeiros. A singularidade aprofundada permite alargar a compreensão de enfermagem ao colectivo das pessoas com que se vai deparando. Para além disso, esta metodologia pressupõe a prestação de cuidados, que aqui proporcionou uma riqueza de aprendizagem e desenvolvimento de competências ao nível de enfermeiro especialista. O estudo de caso foi apresentado em reunião de orientação com grupo de mestranda e a orientadora. (Apendice V)

As **notas de campo** foram utilizadas como metodologia de aprendizagem, muito embora nunca tivesse usado tal técnica. Foi algo que me obrigou a fazer uma reflexão sobre a acção vivida e a partir daí e com a orientação da professora conseguir fazer brotar conhecimento. *“Reflectir sobre o vivido, para que do vivido brote conhecimento”*, foi uma frase muito ouvida no primeiro semestre, mas que eu ainda não tinha conseguido entender todo o seu sentido. Agora, depois deste percurso formativo, compreendi a importância da reflexão na prática de enfermagem como modo de identificar e perceber o conhecimento que os enfermeiros da prática possuem sem dele terem consciência. Como diz COLLIÉRE (1998), para que uma prestação de cuidados de enfermagem possa corresponder às necessidades de vida dos utentes, é necessário que a formação parta de experiências vividas que proporcionem uma reflexão capaz de ir além do que se faz e com o qual se aprende. A estratégia de realização de um diário de estágio que refletisse as actividades desenvolvidas e aprendizagens foi realizado tendo por base as seguintes questões norteadoras – o que correu bem hoje? O que correu menos bem ou mesmo mal? O que aprendi? A que passei a dar atenção? O que passei a ver com detalhe? Se no início foi difícil disciplinar-me para escrever todas as semanas, agora compreendo que estes registos transformados em diários (neste caso *semanário*), foram vitais para a elaboração deste relatório. As notas de campo foram registos que nasceram da observação, através da recolha de dados no ambiente natural em que as acções decorriam, descrevendo a situação vivida pelos participantes e interpretação dos significados que estes lhes atribuem (BOGDAN, BIKLEN, 1994). Esta metodologia associada à reflexão sobre a acção e sobre as aprendizagens foi difícil no início, porque nomear as aprendizagens é complicado. (Apêndice VI)

Durante o estágio ao prestar cuidados à pessoa Idosa, pude compreender as suas especificidades e heterogeneidade e agir segundo uma perspectiva crítico-

reflexiva face aos objectivos traçados inicialmente, e assim desenvolver e adquirir competências na área de especialização, sendo que os instrumentos referidos adequariam uma importância extrema na persecução tanto dos objectivos, como das competências. *“Práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria”*. (BENNER, 2001. P. 31)

Na **área da investigação**, as competências adquiridas são demonstradas através da realização do projecto de intervenção, instrumento de reflexão e questionamento das práticas da enfermagem, construído através da prática baseada na evidência, do relatório de estágio, assim como do uso de técnicas de investigação durante o estágio (estudo de caso, entrevista, revisão sistemática da literatura): *“Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.”* (OE, 2010)⁷⁹

Desenvolver o conhecimento prático (saber-fazer) tem por base os estudos científicos e investigações (BENNER, 2001. P. 32). Deste modo, este percurso, permitiu-me agir com base na minha experiência, à qual fui impregnando com o conhecimento científico actual, pesquisado através dos instrumentos referidos.

Na **área da gestão**, as competências adquiridas são demonstradas através da aplicação e concretização de um projeto de intervenção no terreno, a valorização da formação em contexto de trabalho (reconhecendo a experiência dos enfermeiros, as suas aprendizagens práticas e a sua participação, rompendo assim, com o formato “tradicional” da formação), a gestão de todo o processo de inovação nas práticas de cuidados, que culmina com a continuidade do projecto: *“Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.”* (OE, 2010)⁸⁰

“(...)a enfermeira trabalha sobretudo no seio de organizações complexas” (BENNER, 2001.p. 173) e por isso desenvolver competências nesta área, é essencial, não só para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, mas também, para a consolidação do papel das instituições de saúde no processo de doença do utente.

As competências desenvolvidas nestas áreas, não seriam possíveis sem uma metodologia de aprendizagem, onde as reuniões com a Professora Orientadora,

⁷⁹ Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

⁸⁰ Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

juntamente com o grupo de mestrandas, revelaram-se ser um instrumento vital no desenvolvimento deste projeto. Ao longo do estágio, foram feitas várias reuniões com o objectivo de dar conhecimento da evolução do mesmo e de fazer reajustamentos necessários para a sua concretização. O professor foi uma ferramenta crucial no desenvolvimento deste processo formativo por ser idóneo na construção do saber. As suas características profissionais forneceram ferramentas úteis tanto na construção do saber, como na mudança do paradigma profissional, ajudando-me a melhorar e a tornar-me uma enfermeira melhor. A dinâmica imprimida nestas reuniões, com apresentação e discussão de estudos de caso, fichas de leitura, dúvidas, receios, constituiu um lugar de partilha de experiências que foram importantes no rumo e na concretização do projeto.

De seguida nomearei as principais aprendizagens deste percurso, descrevendo as situações que proporcionaram riqueza de experiência, usando os títulos das notas de campo e reflexões usadas. Na impossibilidade de nomear todas as aprendizagens, remeto para apêndice algumas reflexões sobre outras situações que me proporcionar uma riqueza em termos de aprendizagem. (Apêndice VII)

Optimização/Gerir o Tempo: Respeito pelo Tempo do Utente

“Tenho que melhorar a optimização do tempo...Preciso de aferir os tempos de ambas as intervenientes desta reunião pois a secretária neste dia usou de mais o tempo disponível, afetando a minha parte, pois tenho sempre que contar com tempo para esclarecer todas as duvidas dos utentes.”
(excerto das Notas de campo)

Este excerto de notas de campo foi apreciado pela professora orientadora, tendo surgido uma reflexão sobre a importância da escrita e como esta pode transparecer a nossa cultura/valores subjacentes. Mostra realmente o que nos move, mesmo não tendo totalmente consciência e por vezes até, verbalizando o contrário. O título desta aprendizagem deveria ser: Respeito pelo tempo do utente, este seria o resultado esperado desta experiência. Sendo o utente o centro dos cuidados, que papel lhe atribuo? A mudança na optimização/gestão do tempo relaciona-se com o meu tempo ou com o tempo do utente? Que tempo é este que é tão precioso (pois não é realmente muito!) para o trabalho do enfermeiro? Dei por mim numa reflexão concreta, sobre a forma como faço a gestão do meu tempo numa jornada diária, para perceber se a forma como presto cuidados tem sempre o utente como o centro, ou ele tem que se

adaptar aos meus cuidados? Sou flexível e madura o suficiente para perceber a diferença? Esta reflexão crítica levou-me a considerar que preciso de uma mudança interior, de um outro paradigma: planejar cuidados com e para o utente. Este momento de orientação necessitava de ser mais bem gerido, para quem? Para o meu trabalho ou porque não estava realmente a responder às necessidades dos utentes, objectivo primordial de todo este projecto?

Ao rescrever esta nota de campo, seria: *“tenho que gerir e otimizar melhor este momento de orientação, pois aconteceu que, não foi dado aos utentes a oportunidade de esclarecerem as suas dúvidas e, por conseguinte, não pude exercer a minha função de orientação, objectivo primordial deste projecto. **Este é um espaço e um tempo que pertence aos utentes**, por isso é necessário que eu assuma o meu papel concreto como enfermeira especialista, que ao acolher a pessoa idosa no hospital, está a prestar cuidados centrados no mesmo.”*

Assegurar e Vigiar a Qualidade dos Cuidados: Mudar Rotinas ou Recriar Boas Práticas?

A noção de globalidade no cuidar de alguém, colher dados da sua vida e entrelacá-los na planificação de um plano de cuidados que seja gerador de adaptação à sua nova condição da doença, é um aprendizagem que é feita ao longo do percurso profissional, sendo o curso vivido, o tempo e o espaço privilegiado para esta aprendizagem. Nomeio como resultado de aprendizagem, no âmbito das minhas competências de especialista na área segurança para o utente, o incidente ocorrido em estágio na 13ª semana, que me proporcionou uma maturidade acrescida e diferenciada em relação à co-responsabilidade das actividades inerentes à chamada área cinzenta, do cuidado de enfermagem, especificamente, às intervenções interdependentes.

A realização do cateterismo cardíaco implica a realização de análises, em que os resultados podem inviabilizar a sua realização, por isso é importante, no acolhimento ao utente, visualizar-los atempadamente, para assim decidir o seu internamento:

*“Acolhi uma utente às 11h e só visualizei os resultados das suas análises às 15h, quando me deparo com um valor de hemoglobina de 6. Tive a certeza nesse momento que não iria poder realizar-se o cateterismo cardíaco. Eu tivera um comportamento de incompetência! Como **enfermeira** que **deveria ver o utente num todo** e sabendo da importância das análises para o exame, teria que, atempadamente, tomar conhecimento dos resultados e só depois interná-la!”*
(excerto das Notas de campo)

Acolher o utente implica globalidade no cuidar. Este incidente demonstrou como os enfermeiros, muitas vezes, se esquecem de *“atribuir o crédito das competências (...), de que fazem prova em matéria de administração de protocolos terapêuticos muitas vezes complicados”* (BENNER, 2001, p. 146). Foi o meu erro contextualizado num processo de formação, que me fez reflectir sobre a responsabilização profissional na complementaridade funcional relativamente aos outros profissionais, e que, apesar de designada de interdependência, é dotada de autonomia no exercício profissional (REPE, artigo 8, nº3).

“O exame está marcado para as 20h e chega à sala de hemodinamica recebe a noticia que terá que ir para casa porque as suas analises não estão “boas” – só nessa altura os resultados foram vistos pelo médico. (...)Onde termina as minhas competências e começa as do médico? O trabalho em equipa multidisciplinar não obriga a consensos e partilhas? (excerto das notas de campo,)

Os conceitos de autonomia e interdependencia são, muitas vezes, mal interpretados na prática, porque as compências na área clínica, não estão bem desenvolvidas. Muitas vezes o enfermeiro (e eu em determinado período da minha prática), confunde os dois conceitos, esquecendo-se que é o profissional qualificado que está 24 horas por dia. E esta noção deve estar bem esclarecida, pois não somos os únicos profissionais que estão permanentemente, então qual a diferença? A diferença está na nossa actuação que é abrangente em relação ao utente, ou seja, é o enfermeiro que coordena as *“(...)relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados”* e *que por isso, tem a possibilidade de prevenir e detectar os erros(...)* (BENNER, 2001, p.161). Porque é o profissional que maior conhecimento tem sobre o utente e por isso desenvolve *“(...)uma sensibilidade suficientemente aguçada para detectar os potenciais erros (...)”* (BENNER, 2001, p.162) .

Neste processo formativo a orientação que mais me marcou como profissional e que me levou a uma reflexão profunda, foi este incidente, em que o meu erro decorreu da percepção e ideia errada das minhas reais competências e principalmente como futura enfermeira especialista. Ao reler as anotações da Professora Orientadora em que questionava a minha afirmação: *“as análises são da responsabilidade do médico. São?_Então o que é a observação do doente? Este não é um meio de observar o doente? Não dizemos que estamos lá 24 horas? A Auxiliar também está....”*, deparei-me, por vezes, no enredado mental em que estamos envolvidos que não permite “ver”

o que somos e o que fazemos. Tem sido fundamental perceber que o conhecimento é a pedra basilar de qualquer profissão, permitindo-me compreender o significado das competências do enfermeiro especialista na área da segurança ao utente: reconhecer a necessidade de prevenir e identificar práticas de risco; adoptar e promover a adopção de medidas apropriadas, com recurso às competências especializadas; ter uma conduta preventiva, antecipatória; recolher e analisar informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica; identificar as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas e seguir incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência. (OE, 2010)⁸¹

Utilizei a filosofia da formação em contexto de trabalho para criar rupturas na equipa e produzir mudança, sobre as reais competências dos enfermeiros no acolhimento ao utente, através da reflexão, partilha de saberes e experiências profissionais, onde constatei que ao invés do que pensava, grande parte do grupo tinha as mesmas interrogações e tendo sido esta partilha, crucial para recriar boas práticas.

Ao longo deste capítulo, procurei através do meu vivido refletido, evidenciar que os enfermeiros têm um papel preponderante na função de guia da pessoa idosa. Ensinar/formar é um cuidado autónomo de enfermagem, que deve ser trabalhado. Os estudos revelam que o papel do enfermeiro, nesta área, não deve ser descurado com a desculpa da rotinização de tarefas, pois os resultados positivos nos utentes, em termos de redução da ansiedade, diminuição de complicações e satisfação dos mesmos é visível. Compete ao enfermeiro, cuidar sempre tendo presente o objectivo do porquê de cuidarmos.

⁸¹ Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

3. RESULTADOS OBTIDOS, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES DO TRABALHO: ACOLHER A PESSOA IDOSA – UM CUIDADO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo irei abordar os resultados decorrentes da implementação do projecto de intervenção, ao nível da equipa, dos utentes e a nível pessoal. O estadió em que se encontra actualmente, as implicações, limitações e recomendações do mesmo para a prática.

Todo o percurso da implementação de um projecto, é composto por acidentes e obstáculos. A experiência manda tê-los em conta: reconhecê-los e corrigi-los. Avaliar não consiste em emitir juízos de valor. Consiste, fundamentalmente em aferir, a partir da observação e da medida, a validade dos objectivos e das estratégias ou actividades para os atingir, conduzindo-os a uma melhoria. (FERREIRA, 1999).

O primeiro e grande resultado deste projeto já é visível: A **presença efectiva** de um enfermeiro no momento de orientação para cateterismo cardíaco. O estágio terminou no final do mês de Fevereiro e nos meses seguintes o trabalho iniciado permitiu assegurar a presença do enfermeiro, tendo toda a equipa de enfermagem sido integrada no momento de orientação prévio ao cateterismo cardíaco (Maio de 2012).

A **nível pessoal**, este foi um processo de autoformação com vista a resolução de um problema na orientação da pessoa idosa que vem realizar cateterismo cardíaco, tendo sido a maior aprendizagem e grande diferença que sinto como enfermeira especialista; ter a responsabilidade em compreender o utente para além do que é visível que ultrapassa a forma banalizada como se fazia esse acolhimento. Por vezes desprovidas de sentido explícito face à falta de um enquadramento teórico e conceptual, que me levava a valorizações não sistemáticas da pessoa, sem critérios e sem consciência da importância da informação no contexto. A pobreza das interacções aconteciam e só alguns casos mereciam um outro olhar. Quantos terão escapado a uma compreensão que ali teria feito a diferença na qualidade! É este pensar/olhar global imbuído de um pensamento de enfermagem, que torna mais claro as minhas funções, a minha responsabilidade e o meu papel como profissional.

Este percurso formativo foi vivenciado na experiência reflectida e orientada para o crescimento pessoal como enfermeira que se está a tornar perita. Ao conhecer-me,

conheço de quem cuido, porque me identifico com o outro. Relação importante para o cuidado humano, que é manifestado apenas interpessoalmente (WATSON, 2002).

Proporcionou-me um conhecimento único como pessoa e enfermeira futura especialista. *“O investigador é um ser humano, que se auto-interpreta e que é parte activa num conjunto partilhado de significados comuns que podem ser tornados públicos pelo diálogo.”* (BENNER, 2000, p. 237) Não obstante do tempo de estágio ter sido curto não considere tal uma limitação, porque o que conseguir continuar como processo de aprendizagem é que importará e fará a diferença.

A **nível da equipa** de enfermeiros, constatou-se uma mudança de actores no momento de orientação da pessoa idosa. Esta orientação ao ser feita pelo enfermeiro permite agilizar o processo terapêutico pela resolução de problemas complexos, bem como permitiu uma optimização da gestão do tempo do utente na fase de preparação para o cateterismo. Passou a ser dada uma valorização à colheita de dados pré-cateterismo cardíaco, sendo esta mais cuidada em termos de necessidades do utente idoso. Os registos específicos passaram a dar ênfase à condição do doente com as incapacidades cognitivas, dependência física, social e aos cuidados de enfermagem globais, bem como aos ganhos decorrentes da diminuição de iatrogenias e melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa.

Constatou-se também, análise efectuada já fora do âmbito do Ensino Clínico, um sentimento de satisfação por parte dos enfermeiros face à concretização do projecto, à medida que esta mudança de actores se alastrou à restante equipa (a partir de Maio 2012). Tal como tinham sugerido na formação em contexto de trabalho, no mês de Abril, organizaram-se vários grupos de enfermeiros para assistirem ao momento de orientação. Esta actividade embora realizada fora do tempo de estágio foi crucial para a integração dos enfermeiros e consequentemente a continuidade do projecto. Com esta actividade pude avaliar e reajustar o programa de ensino/orientação, de acordo com as sugestões fornecidas pela equipa. Este projecto contribuiu assim para fortalecer a missão dos enfermeiros, dando corpo aos seus valores e competências.

Foi com agrado e satisfação que a Enfermeira responsável pelo Departamento de Formação, me recebeu assim como à restante equipa de enfermeiros. Na sua opinião, esta actividade de orientação aos doentes submetidos a cateterismo, só fazia sentido se fosse realizada por enfermeiros, porque são profissionais qualificados para o

ensino/formação/educação, podendo assim aproximar os cuidados do utente, como dar visibilidade do trabalho de enfermagem. O Cuidar de excelência passa invariavelmente por este caminho, independentemente do contexto de trabalho.

Ao **nível dos utentes**, os resultados são visíveis: orientação/ensino feita por um profissional qualificado, capaz de resolver problemas complexos da pessoa idosa (resolução e/ou encaminhamento de acordo com as necessidades específicas da pessoa idosa).

Outro resultado visível foi a diminuição das complicações e iatrogenias, que poderiam decorrer deste exame, se o utente não for avaliado por um profissional qualificado, capaz de detectar situações no âmbito das comorbilidades podem ter consequências nefastas para o mesmo. Se atendermos à população atendida e ao número de idosos que participaram no momento de orientação (69%), cada um com a sua condição, a percentagem de utentes diabéticos (26%), utentes sob anticoagulação oral (3,3%), utentes com alergias (2,2%), podemos então, concluir que a intervenção do enfermeiro proporcionou ganhos em saúde, em termos de diminuição de complicações e iatrogenias.

O acesso à informação escrita através do folheto e material audiovisual integrado no programa de ensino/orientação incrementou níveis de satisfação do utente/família com os cuidados prestados, apreciados subjetivamente, mas em que era manifesta a diminuição dos níveis de ansiedade decorrentes do internamento hospitalar e da realização dos procedimentos invasivos. Estes resultados foram visíveis ao longo do estágio, quando vários utentes dirigiram a mim, com palavras de aprovação.

Opinião similar tinha um utente idoso, a quem pedi que me falasse do momento de orientação, porque já tinha vindo realizar cateterismo cardíaco por três vezes, sendo que na última vez participou neste momento já com a presença de um enfermeiro:

“Acho que ter a enfermeira a explicar-me as coisas sobre o exame e sobre o internamento é muito melhor, pois sei que posso perguntar tudo e que tenho resposta. Tenho mais confiança nas orientações da enfermeira.” (Opinião do utente).

Este excerto do diálogo traduz a importância atribuída à presença do enfermeiro no momento de orientação pelos utentes, constituindo assim uma forma de avaliação positiva do projecto.

Em termos de **limitações** do trabalho académico, relacionaram-se com a minha inexperiência tanto no processo de formação como estudante de

especialidade/mestrado bem como no uso de domínio de técnicas de recolha de dados usados em percursos investigativos. Penso que o domínio de algumas técnicas de investigação poderia ter sido usado de uma forma mais eficaz, em particular à técnica da entrevista, que poderia ser sido usada em mais profissionais.

Sendo uma temática extensa – o acolhimento da pessoa idosa, este é um trabalho que abre portas a novas procuras de conhecimento que poderão trazer contributos para outros contextos. Considero uma limitação não ter avaliado a diminuição da ansiedade da pessoa idosa após ensino no momento de orientação nos doentes que cuidei.

Este projecto pretendeu ser inovador no contexto da sua realização. A inovação começa com uma boa ideia, mas não se fica por aí. Inovar é transformar uma boa ideia em algo que seja implementável e exequível. Que implique promoção para a saúde, prevenção da doença e melhore os cuidados para os utentes (OE, 2009).

Neste sentido e em termos de **implicações do trabalho para a prática**, este projecto mudou a prática dos enfermeiros no serviço onde exerço funções e mudou os cuidados prestados aos utentes na fase preparatória de cateterismo cardíaco. O trabalho realizado mostra como podemos implicar a prática, mobilizando a investigação para fundamentação dos cuidados.

À altura da redacção do relatório (Fevereiro de 2013), o projeto continua a funcionar com o mesmo modelo e perspectiva-se a sua continuidade, mesmo ocorridas algumas mudanças na equipa com transferências e novas admissões de enfermeiros.

Assim, na data do término deste projeto de intervenção a Pessoa Idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco dispõe de um atendimento de enfermagem com orientação dada de forma regular e sistematizada em regime de ambulatório.

4. CONCLUSÃO

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo.”

Confúcio

Este relatório pretendeu ser o retrato do trabalho realizado ao longo de um percurso formativo. É o relato de uma experiência piloto como enfermeira prestadora de cuidados intencional e reflectida, que refinou a compreensão da complexidade e exigência do que é ser enfermeiro no quotidiano, para responder às necessidades da pessoa idosa.

A minha presença ao longo das 18 semanas estágio foi um caminho necessário num processo de formação, para que conseguisse desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista, principalmente na área do idoso, e assim obter ferramentas para conseguir resolver os problemas identificados. Este caminho foi feito através da implementação de um projecto de intervenção, onde a mudança do real – deficiente programa de atendimento à pessoa idosa submetida a cateterismo cardíaco (problema identificado) foi crucial para concretizar o objectivo geral: Que a Pessoa Idosa que vai ser submetida a cateterismo cardíaco disponha de um atendimento de enfermagem de forma regular e sistematizada em regime de ambulatório (Momento de Orientação).

No contexto de aprendizagem de enfermeira especialista, o processo de formação na aquisição e desenvolvimento de novas competências, passou por adequar, melhorar, aperfeiçoar, aprimorar a aprendizagem nos cuidados à pessoa idosa. A par desta aprendizagem desenvolvi um projeto de mudança de prática de cuidados em que fui actora e gestora direta do processo, envolvendo outros elementos da equipa de saúde. Tendo como mediador um projeto necessário ao serviço e ancorado num percurso de autoformação, ao cuidar da pessoa idosa, desenvolvi competências de enfermagem nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2010).

Numa metodologia de resolução de problemas e num processo de reflexão sobre a acção, desenvolvi várias actividades inerentes à implementação de um projeto de intervenção, como a observação participada, notas de campo, estudo de caso, actualização da pesquisa bibliográfica e reuniões regulares com a professora orientadora e colegas de mestrado. Estas actividades ancoradas numa filosofia de formação em contexto de trabalho, foram percursoras da produção de conhecimento essencial ao desenvolvimento de competências específicas na saúde do idoso: Intervi como perita na criação de condições que garantiram a prestação de cuidados de qualidade; defini e operacionalizei estratégias de saúde na área do atendimento à pessoa idosa com doença crónica no serviço onde exerço funções; dinamizei um grupo de enfermeiros para a criação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contribui para a formação dos profissionais de enfermagem. (ESEL,)

A pessoa idosa precisa de ser avaliada por um profissional qualificado, para detecção de situações (comorbilidades) que aumentam o risco de iatrogenias durante e após o cateterismo cardíaco assim como as comorbilidades que podem advir do internamento se este se prolongar. Nesse contexto, na operacionalização deste projeto ocupei o lugar, que anteriormente era ocupado indevidamente, pois é o enfermeiro que identifica e relaciona o conhecimento que tem do utente, da sua doença e do meio onde vive (COLLIÈRE, 2001), apoiando-o no seu plano terapêutico (HENDERSON, 2007). É o enfermeiro que providencia ajuda, que o utente não espera receber de outros profissionais (BENNER, 2005).

Desenvolvi competências, através de uma aprendizagem ancorada no conhecimento teórico e na prática que o estágio proporcionou, sentindo-me capacitada em particular para a função de guia/orientação/ajuda. Percebo agora, de maneira intuitiva cada situação, com uma visão clara do problema do utente e onde o meu cuidar faz a diferença (BENNER, 2005). Neste processo de desenvolvimento de competências, fui aprofundando um domínio específico de enfermagem - Saúde do Idoso, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença (OE, 2006).

Trabalhei para possibilitar à pessoa idosa/família a autonomia em decisões importantes no seu processo de doença e projecto de vida, proporcionando informação, prevenindo riscos decorrentes do cateterismo cardíaco e comorbilidades associadas,

contribuindo assim para a segurança da pessoa idosa durante o internamento hospitalar (principal problema identificado). Com o atendimento a ser realizado pelo enfermeiro, foi visível a diminuição das complicações e iatrogenias decorrentes das comorbidades da pessoa idosa que vem realizar cateterismo cardíaco. Pois foram detectadas várias situações que podem interferir com os bons resultados deste exame (diabetes, alergias, anticoagulação oral, insuficiência renal).

O hospital como um mundo fechado, “*centralizado nos rituais e retóricas à volta do corpo, da doença e dos cuidados*” (CARAPINHEIRO, 1997. p. 209)⁸², foi espaço de grande aprendizagem, e o projecto ao ser desenvolvido fora do serviço onde exerço funções “*(...) marcado pelo particular ordenamento dos espaços físicos, pela singular padronização dos tempos quotidianos e pela estrutura rítmica da produção das actividades terapêuticas.*” (CARAPINHEIRO, 1997. p.11)⁸³ proporcionou-me um contacto único com a pessoa idosa e uma experiência e um olhar diferente ao nível pessoal e profissional. Prestei cuidados para além do tratamento da doença, ultrapassando assim, a visão do hospital que se focaliza no tratamento da doença e na solução dos problemas agudos, como sua suprema incumbência. (VEIGA, 2007)

Como enfermeira e futura especialista tive que quebrar algumas dificuldades, alguns “muros” burocráticos, romper dentro e mim com a matriz inerente à massificação dos cuidados e centrar-me em cada cliente para poder responder e resolver problemas únicos de utentes únicos. Ao actuar fora da minha zona de conforto que era a unidade de internamento, fez-me evoluir. Muitas vezes tomei decisões sem a “bengala” da prescrição médica e por isso tive de me responsabilizar por essas decisões. A confrontação entre aquilo que se pretendia mudar e a realidade de quem cuidamos, levou-me a uma reflexão profunda sobre os direitos dos utentes e sobre as minhas competências na área da ética. Não só como estudante, aprendi que implicar as pessoas no nosso percurso académico leva a considerações importantes na garantia da sua individualidade e respeito, mas também como profissional tenho consciência que sendo a ética uma vertente sempre ligada aos cuidados, nem sempre é respeitada ou lembrada, havendo por vezes atropelo tanto nos cuidados que prestamos como nos direitos dos utentes.

⁸² Carapinheiro, G. Saberes e Poderes no Hopsital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares. Porto. Edições Afrontamento. 1993. pg 209.

⁸³ Idem, pág. 11

A mudança mais concreta e eficaz que aconteceu, centra-se no utente, que deixou de ser atendido de uma forma rústica e negligente, para ser atendido e cuidado por um profissional competente, na fase de preparação para o cateterismo cardíaco com o objectivo de promover a sua capacitação em saúde.

O tempo de estágio não permitiu uma avaliação sistemática da diminuição das iatrogenias, mas através da observação e das situações despistadas durante o momento de orientação, decorrentes de uma avaliação do utente feita por um profissional qualificado, permitiu constatar a importância do papel do enfermeiro no atendimento à pessoa idosa submetida a cateterismo cardíaco. Isto porque, se atendermos ao número de idosos que participaram neste momento de orientação (69%), o número de utentes diabéticos (26%), número de utentes sob anticoagulação oral (3,3%), o número de utentes com alergias (2,2%), podemos fazer elações sobre a diminuição efectiva de complicações e iatrogenias e consequentemente, ganhos em saúde e diminuição de custos económicos.

A grande aprendizagem que levo, é a capacidade de ter um entendimento mais aberto ao conhecimento, muito em particular no cuidar das pessoas idosas, tendo sempre em conta o seu potencial de vida e não as suas limitações. Muitas vezes carregada de preconceitos, a abordagem à pessoa idosa não é feita tendo em conta todo o seu potencial e o seu projecto de vida. Contrariando o ditado popular: “burro velho não aprende linguas”, as pessoas idosas de quem cuidei ensinaram-me a olhar a vida e as dificuldades com os olhos de quem perante a doença e a adversidade consegue adaptar-se e manter o projecto de vida “vivo”. Aprendi que a esperança existe sempre, se firmada nas pessoas que a ajudam no cuidado, bem como no futuro mesmo que incerto face à doença que a condiciona e limita no tempo, a vida é para ser vivida. A nós, os profissionais de saúde, e a todos que constituem a sociedade civil, importa uma mudança de paradigma: Não se trata de descobrir o que a pessoa idosa ainda pode fazer, mas sim, o que só a pessoa idosa pode fazer.

Os objetivos preconizados no início deste projecto, foram atingidos: A **presença** de um profissional qualificado – **o enfermeiro**, no momento de orientação para os utentes que vêm realizar cateterismo cardíaco, é uma realidade que acontece regularmente todas as quartas-feiras das 11h às 12h.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, A. (2003) – **Valores das provas de diagnóstico – Doença Coronária do Idoso**. Grupo de Estudos de Cardiologia Geriátrica. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- AGUIRO, MARIA CELESTE. (1994) - Ansiedade, pânico, fobias e manifestações Cardiovasculares. **Revista Cardiologia Actual**. n.º 36. p. 1263-1274.
- AMIGUINHO, A. et al. (2003). Formar-se no Projecto e pelo Projecto. In **Formação e Situações de Trabalho**. Porto Editora. Porto. ISBN: 972-0-01115-7
- ALEIXO, L.(1998) - Aspectos psicológicos da doença coronária. Revista **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN0872-8844 n.º 21, Novembro.1998, p. 35-38.
- ARMENDARIS, K. ET AL. (2008) - Incidência de complicações vasculares em pacientes submetidos a angioplastia coronariana transluminal percutânea por via arterial transradial e transfemoral. ISSN 1982-0194. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol.21. n.º1. P.107-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/ape/paboutj.htm>
- ATKINSON, LESLIE D.; MURRAY, MARY ELLEN. (1989) - **Fundamentos de Enfermagem – Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 1989. 617 p.
- BARNES, ELIZABETH (1973) - **As Relações Humanas no Hospital**. Coimbra. p. 1947. Livraria Almedina.
- BENNER, P. (2001) - **De iniciado a Perito**. Quarteto. ISBN 972-8535-97-x.
- BERNSTEIN,S. ET AL. (1998.) - A randomized controlled trial of information giving to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care. **Health Expectations** n.º1. Vol1. p 50–61. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11281861?dopt=Abstract>
- BOGDAN, R., BIKLEN, S. (1994) **Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto. Porto Editora. ISBN: 978-972-0-34112-9

- BOLANDER, V.B.; LUCKMAN, J.; SORENSEN, K.C. (1998) - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica**. Lisboa. Lusodidacta, 1998.
- BOTELHO, R. (1996) - O trabalho de Projecto na Prática do Enfermeiro. **Enfermagem em Foco – SEP**. ISSN 0871-8008. Nº23. Ano VI. Maio/Julho 1996 p. 43-46.
- BOZETT, F. DR. W. G.(1991) - Familles et maladies comportant un risque vital. Leahey; M; Wright, L. M. - **Familles et maladies comportant un risque vital**. Paris. Medsi/McGraw – Hill.
- BRAND, Jaime P. (1992) - **Direcção e Gestão de Projectos**. Lisboa. Lidel Ed. Técnicas. 1992. 233p. ISBN: 972-9018-27-8.
- CABETE, G. (2005) – O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicologico das pessoas idosas. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-89-4
- CAMPOS, J.; et al. (2009) - Acolhimento na Atenção Básica em Saúde: O Passo para Integralidade. Acedido em 23/01/2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id74r0.pdf
- CAMPOS, p.; MARTINS E.; COSTA, M. - **Manual do Formador. Formação Inicial de Formadores**. ISLA. Acedido em 12/12/2012. Disponível em http://iefpmoodle.com/pluginfile.php/49224/mod_resource/content/0/RecursosFormadorFIF.pdf
- Canário, R. Cabrito, B. (2003) - **Educação e Formação de Adultos**. Educa – Formação. Coimbra. ISBN: 972-8036-80-9
- CARAPINHEIRO, G. (1993) - **Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. Porto. Edições Afrontamento. ISBN: 972-36-0306-3.
- CARDOSO, A.; PINTO, P. (2002) – Acolhimento do doente no hospital – um cuidado de enfermagem. **Revista Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem**. N.º 170 p. 11-14
- CARVALHO-FILHO, E; et al. (1998) - Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**. Vol 32- nº1. p 36-42, 1998. Acedido em 11/11/2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v32n1/2362.pdf>

- COELHO, M.^a Teresa. (2000) - Humanização dos Cuidados ao Doente Hospitalizado. **Revista Servir**. Lisboa. Vol.nº. 48, nº4. Jul./Ago. 2000.
- COLLIÈRE, M.F. (1999) - Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa. Lidel Ed. Técnicas ISBN272 96-0009-4.
- COLLIÈRE, M.F. (2001) – **Cuidar...A Primeira arte da vida**. 2º Edição. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-53-3
- CORDEIRO, DIAS JC. (2002) - **Manual de Psiquiatria Clínica**. Lisboa. Editora Fundação Calauste Gulbenkian. ISBN: **9789723109399**.1885.
- CORREIA, M. G.(1996) - Vivências do Idoso e da Família perante um internamento hospitalar. **Geriatrics**. Lisboa. Vol IX. n.º 88. Outubro 1996. p. 24-26.
- COSTA, M. (2006) – **Cuidar de Idosos. Formação, praticas e competências dos enfermeiros**. Coimbra. Formasau. ISBN 972-8485-74-3 978-972-8485-74-0
- COUTINHO, C. (2008) - Métodos de Investigação em Educação. Universidade do Minho. 2008. Acedido em 13/03/2012. Disponível em http://faadsaze.com.sapo.pt/5_o_que%20_e_ia.htm
- COUTO, P. (2008) - **A Qualidade de Vida dos Idosos Sujeitos a Angioplastia Coronária**. Aveiro. Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- CHRISTÓFORO, B.; CARVALHO, D. (2009) - Cuidados de Enfermagem realizados ao paciente cirurgico no periodo pré-operatório. **Rev Esc Enferm USP**. Vol 43. Nº1. (31/7/2008). P.14-22.
- DUMBAR, C. (2003) - Formação, Trabalho e Identidades Profissionais. In **Formação e Situações de Trabalho**. Porto Editora. Porto. ISBN: 972-0-01115-7
- ENZENHOFER, M. (2004) - Improvement of the Educational Process by Computer-based Visualization of Procedures: Randomized Controlled Trial. **Journal of Medical Internet Research**. Vol.6 nº 2.
- FERNANDES, M^a TERESA (1999) - Metodologia de Projecto. **Servir**. Lisboa. Vol. Nº 47. nº 5. Setembro/Outubro 1999. p. 233-236.
- FIGUEIREDO, D. (2007) – **Cuidados Familiares ao Idoso dependente**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-276-1

- FORTIN, MARIE-FABIENNE. (2003) - **O Processo de Investigação. da Concepção à realização.** 3ª edição. Loures. Lusociência. ISBN: 972- 8383-10-x
- GOMES, O. (2009) - Adherence to Treatment in the Elderly. **Bioethics.** Acedido a 23/11/2012. Disponível em <http://www.infiressources.ca/myscriptorweb/scripto.asp?resultat=130>
- HEIKKILA, J.; *et al*, (1998) – Nurses’ ability to perceive patients’ fears related to coronary arteriography. **Journal Advanced of Nursing.** Vol.28. nº 6. 21/01/1998. p. 1225-1235. Acedido em 14/10/2011. Disponível em <http://portal.omv.lu.se/publicfiles/sskprog/200702/sjsa18/artikel%20omtentamen%202.pdf>
- HENDERSON, V. (2007) – **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE.** Loures. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-00-0
- HENRIQUES, M.A.P. (2011) – **Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem.** Lisboa. Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Lisboa.
- HESBEEN, Walter. (2000) - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8
- HUGHES R.G. (2008) - **Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses.** Agency for Healthcare Research and Quality. U.E. ISBN: 9781587633553
- HUTCHISON, C.; McCreddie, M. (2007) - The process of developing audiovisual patient information: challenges and opportunities. **Journal of Clinical Nursing.** Blackwell Publishing Ltd. Vol.16. Nº 11. 18/3/2006. p.2047-2055
- IMAGINÁRIO, C. (2004) – **O idoso dependente em contexto familiar.** Coimbra.Formasau. 242 p. ISBN 972-8485-38-7
- JOSSO, Christine. (1992) - **Demande de formation, projet de formation, projet professionnel.** Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Paris. Documento Policopiado.

- Josso, M. (2003) - Formação de Adultos: Aprender a viver e a gerir mudanças. In **Educação e Formação de Adultos**. Canário, R.; Cabrito, B. Educa –Formação. Coimbra. ISBN: 972-8036-80-9
- KARKKAINEN, O; BONDAS, T.; ERIKSSON K. (2005) - Documentation of Individualized Patient Care: A qualitative Metasynthesis. **Nursing Ethics**. P.123-132.
- KENNETH, et al. (2003) - Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older. **J Am Geriatr Soc**. Vol. 51 p.451–458.
- LENNON RJ, et al. (2004) - Correlates of procedural complications and a simple integer risk score for percutaneous coronary intervention. **J Am Coll Cardiol**. Vol.40 p. 387-393.
- LEXICOTECA. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Círculo de Leitores. 1985.
- LUCK, Heloísa. (2009) - **Planeamento em Orientação Educacional**. Petrópolis. Editora Vozes. ISBN: 9788532608192
- MARK H, (2004) - Improving Patient Care. Estimating the Risks of Coronary Angioplasty Clinical decision rules make it easy to give patients more precise estimates of their risks of complications. **Fam Pract Manag**. Nov-Dec. Vol.11. nº 10. P. 71-72.
- MARQUES, P. (2002) – Consentimento informado. O fim do silêncio. **Revista Referência**. nº9. p. 41-47.
- MECOCCI, P. et al. (2005) - Cognitive Impairment Is the Major Risk Factor for Development of Geriatric Syndromes during Hospitalization: Results from the GIFA Study. **Dement Geriatr Cogn Disord**. Vol.20. 11/08/2005. p.262–269.
- MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005) - **Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- NEGRÃO, Luís (2004) - As doenças do aparelho circulatório em Portugal. Anamnesis. Vol.13. nº 126. p. 5 - 8.
- NEVES, M.; PACHECO, S. (2004) – **Para uma Ética da Enfermagem: Desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. p. 63-80. ISBN 972-603-326-8

- OLIVER, P.; et al (2010) - Web-based audiovisual patient information system—a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. **Acta Neurochir** Vol. 152. P.1337–1341.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Edição Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-996446-0-2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 28/02/2011. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. **Dilvugar**. Acedido 9/5/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Acedido a 12/10/2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem. Diário da República, 2.ª série — N.º 47 — 8 de Março de 2011. Acedido a 30/10/2012. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20168-2011_IndividualizacaoEspecialidades.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer CJ/20 Acedido a 20/10/2011. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- PAÚL, M. C. (1997) – **Lá para o fim da vida, idoso, família e meio ambiente**. Coimbra. Livraria Almeida. 171 p. ISBN 972-40-100007
- PFISTERER, M. et al (2001) - Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. **Lancet**. Vol. 358. P. 951–957.
- PHIPPS, W. et al. (1995) - **Enfermagem Médico Cirúrgica: conceitos e prática clínica**. Lusociência. Coimbra. ISBN: 972-95 399-0-1.

- PINTO, A. ET AL (2001) – Envelhecer Vivendo. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN 972-8535-86-4
- PROCHET, T.; SILVA, M. (2008) - **Situações de Desconforto Vivenciadas pelo Idoso Hospitalizado com a Invasão do Espaço Pessoal e Territorial. Esc Anna Nery Rev Enferm.** Junho 2008. Vol 12. Nº2. p 310 - 5
- PROENÇA, M. (2011) - **Nefropatia induzida por contraste e uso concomitante de medicamentos em tomografia computadorizada.** Porto Alegre. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Medicina e Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Tese de Mestrado.
- RAMOS, N. (2004) - **Psicologia Clínica e da Saúde.** Lisboa. Universidade Aberta. ISBN:9789726744368
- RAMOS, M. (2012). Comunicação em Saúde e Interculturalidade - Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **RECIIS – Revista Eletronica de Comunicação** Informação e Inovavação em Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Dez., 2012 Acedida em 3/082012. Disponível em <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/672/1302>
- RODRIGUES, V. (1999) – **A Complexidade dos problemas humanos no Hospital.** Vila Real: Edições do Norte, Lda. 93p. ISBN 972-8546-00-9
- ROLLEY, J. et al (2011) - Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. **Australian Critical Care.** Vol. 24. p. 18-38.
- RUIVO, A; FERRITO, C.; NUNES, L. (2010) – Metodologia de Projecto: Coletânea descritiva de etapas. **Percursos.** nº15. Janeiro/março. Publicação da área disciplinar de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Issn: 1646-5067. Acedido em 8/2/2012 DISPONÍVEL EM http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- SALT, Jaqui (1991) - A participação da família no cuidar. **Nursing.** nº37. Fevereiro 1991. p. 11-13.
- SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José. (1985) - **Terapia familiar.** Porto: Edições Afrontamento, 1985. 189p.

- SCANLON, P.; et al (1999) - ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography: Executive Summary and Recommendations A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American Heart Association – Circulation. vol 99. P. 2345-2357.
- SEQUEIRA, C. (2010) – **Cuidar de Idosos com dependência física e mental**. Lisboa. Lidel. ISBN 978-972-757-717-0
- SCHLANT, A. et al (2000) - **Hurst's o Coração**. Editora McGraw-Hill de Portugal, LTA. Amadora. ISBN:0-07-001024.2
- SCHOPP, A. et al (2003) - Perceptions of Informed Consent in the Care of Elderly People in Five European Countries. **Nursing Ethics**. Vol.10. nº1.p. 48-57
- SILVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. Nº55. 11-19.
- SILVIA, D; BATOCA, E. (2003). Conhecimento Científico e a Enfermagem. **Millenium**. Nº27.
- SOARES, M. TERESA DE ALMEIDA (1993) - **As pessoas idosas e a família: formas de solidariedade entre duas gerações de adultos**. Lisboa. Direcção Geral da Família, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. 1993. 82p.
- SOUSA, L.; RELVAS, A.; MENDES, A. (2007) – **Enfrentar a velhice a doença crónica**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN 972-796-259-9
- STANHOPE, LANCASTER (1999) - Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Individuos. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 97899728383053.
- STIENEN. CADOSCH. D HILDEBRANDT. G (2010) - Web-based audiovisual patient information system - a study of preoperative patient information in a neurosurgical department. **Acta Neurochir**. Vol 152. p.1337–1341.
- SUHONEN, R.; et al. (2005) - Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. **Journal of Clinical Nursing**, nº 14. P.1167–1176.
- THELAN, Lynne *et al.* (1993) - **Enfermagem em cuidados intensivos – Diagnóstico e intervenção**. Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 972-95399-1-x
- VEIGA, MARIA. (2007) – Proteger a Identidade da Pessoa Idosa no Hospital. Um Desafio ao Cuidado de Enfermagem. Porto. Dissertação de Doutoramento apresentada

ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
Tese de Doutoramento.

WATSON, J. (2002) - Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures. Lusociência. 2002. ISBN 972-8383-33-9

WORSLEY, PETER (1977) - **Introdução à Sociologia**. 3ª ed. Lisboa. Publicações Dom Quixote. p. 151-199.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Carta dos Direitos do Doente Internado**. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. Acedido em 15/5/2012. Disponível em www.dgs.pt in <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Orientações Programáticas do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da Direcção Geral de Saúde. Acedido a 13/3/2012. Disponível em <http://www.dgs.pt>

Resumo das características do medicamento – Metformina. Disponível em http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=45023&tipo_doc=rcm
Dec.–Lei 437/91. Diário da Republica. I Série –A. Nº 257 (8/11/1991). P. 5723-5741

Sites pesquisados:

Ação de Promoção e educação para a saúde/escolas promotoras de saúde Disponível em <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Dicionário de Língua Portuguesa: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/informações>

Ordem dos enfermeiros: www.ordemenfermeiros.pt

Organização Mundial de Saúde:

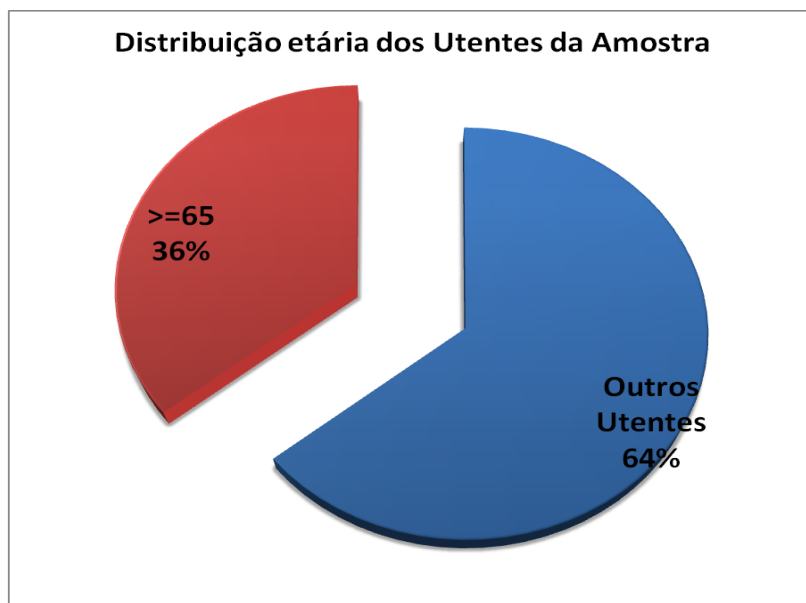
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

Vantagens da Comunicação Assrtiva: Acedido a 1/10/2012. Disponível em In <http://www.perfil.com.pt/equal/e/cap04/06cap04.htm>

APÊNDICES

Apêndice I - Distribuição Etária dos Utentes da Amostra

Apêndice I - Distribuição Etária dos Utentes da Amostra

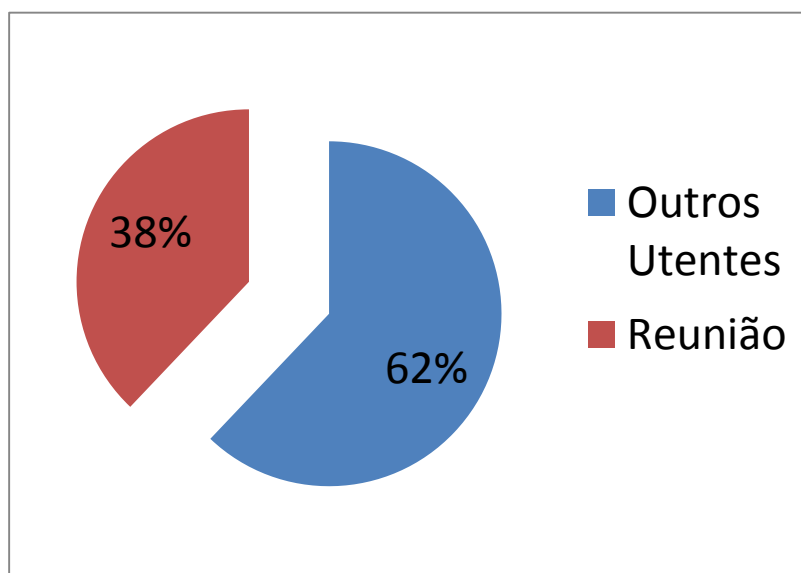


Dados estatísticos referentes a 2010/2011:

Doentes cateterismo electivo: 1.187

Idosos cateterismo electivo: 659

Desta amostra, 450 utentes assistiram ao momento de orientação para realizarem cateterismo cardiaco, como mostra o gráfico seguinte.



Apêndice II – Plano de Formação em Contexto de Trabalho

Apêndice II – Plano de Formação em Contexto de Trabalho

Tema: Acolhimento à pessoa idosa: Um percurso no cuidar do idoso que vai ser submetido a um cateterismo cardíaco

Local: Serviço de Cardiologia – Sala de Reuniões

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cardiologia

Meios audiovisuais disponíveis: Computador e Projector multimédia

Objectivos da Reunião

- Que os enfermeiros verbalizem os cuidados que as pessoas idosas precisam ter relativamente ao cateterismo cardíaco;
- Que os enfermeiros deem contributos para melhorar o atendimento da pessoa idosa, baseados no caso apresentado e generalizando boas práticas na organização do momento de orientação à pessoa idosa

Metodologia:

- Ambiente que promova a partilha de saberes;
- Descrever como funciona o momento de orientação ao utente idoso.
- Apresentação de estudo de caso.

Meta a atingir – Envolver os enfermeiros no projecto do serviço: Acolhimento à pessoa idosa: Um percurso no cuidar do idoso que vai ser submetido a um cateterismo cardíaco

Objectivos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Materiais Pedagógicos
<p>Promover a partilha de saberes</p> <p>Que os enfermeiros facultem contributos para a melhoria do atendimento da pessoa idosa na preparação para cateterismo cardíaco</p>	<p>Obter contributos partindo da experiência pessoa dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais os registos necessários para os utentes que vão realizar cateterismo cardíaco? - Que informação, o grupo considera pertinente incluir na colheita de dados? Que informação necessita de estar mais pormenorizada? - Que instrumentos de registo utilizar? - Reflexão sobre o percurso do utente para realizar cateterismo cardíaco – A orientação feita pelo enfermeiro permite agilizar o processo terapêutico. - Reflectir sobre parcerias e protocolos: a sua pertinência. - O que corre bem, o que corre mal o que quero melhorar 		<p>Partilhar a experiência do estágio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades já realizadas, como a prestação de cuidados a utentes que realizam cateterismo electivo; - Experiência das reuniões – momentos de orientação; - Início das negociações envolvendo a equipa de enfermeiros. - Apresentação de estudo de caso para ser discutido. 	<p>- Slides</p>
<p>Adquirir contributos para a organização do momento de orientação (reunião) ao utente idoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a acessibilidade restringida (inversão de direitos) – cultura hospitalar; - Como gerir problemas complexos do utente; - Negociar a plataforma mais apropriada para o utente; - Que informação proporcionar ao utente? 		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de estudo de caso para ser discutido. 	<p>- Slides</p>


**Apêndice III – Diapositivos utilizados no Momento de
Orientação aos utentes para a preparação de cateterismo
cardíaco.**

Diapositivos utilizados no Momento de Orientação aos utentes para a preparação de cateterismo cardiaco.



Preparação para o Cateterismo Cardíaco

- Rapar as virilhas no próprio dia do exame ou no dia anterior (o mais próximo da hora do internamento).
- Jejum conforme marcação do cateterismo
- Quem pode tomar o pequeno almoço não ingere chá, nem café.



No dia do Caterismo Cardíaco

- Sr./Sra. Utente compareça no Serviço de Cardiologia à hora marcada.



No dia do Cateterismo Cardíaco

Deve trazer:

- Mala com: pijama, chinelos, artigos de higiene;
- Exames anteriores (*mesmo os antigos*),
- Garrafa de água,
- Prótese dentária, óculos (*se usar*).
- Pode usar telemóvel na enfermaria.

NÃO TRAGA DINHEIRO OU JOIAS PARA O HOSPITAL

- A medicação que faz - os comprimidos nas respectivas caixas

Medicamentos que deve suspender no dia do exame:

- Se é diabético: **insulina e metformina** (nome comercial: Icandra, Janumet, Glucophage, Stagid, risidon, Glucovance, Competact, Glubrava, Eucreas, Zomarist, Efficib, Velmetia, Avandamet, Tandemact)
- **Varfine, Pradaxa, Xarelto** deve ser suspenso de acordo com indicação médica.

Toda a restante medicação toma conforme o horário habitual - mesmo estando em jejum

Espaço para Esclarecer as Suas Dúvidas

Obrigado pela sua atenção

Apêndice IV - Check-list de Informação

Apêndice IV - Check-list de Informação

Este check-list permitiu avaliar o programa de ensino/orientação. Através das informações colhidas, permitiu realizar ajustes no programa de ensino, melhorando a informação contida nos slides e a informação contida no folheto. Esta colheita foi feita pelos enfermeiros aos utentes no dia da admissão para realizarem cateterismo cardíaco e que dias antes tinham participado no momento de orientação.

Sr. Ute

Como se sente hoje que vai realizar cateterismo cardíaco?

Diga-me resumidamente em que consiste o exame?

Diga-me se sabe os riscos deste exame?

Está informado e esclarecido sobre o exame que vem realizar?

Tem alguma dúvida que queira colocar?

Trouxe os seus medicamentos?

Trouxe os seus exames?

Fez a rapação dos pelos?

Guião de Questões	Sim	Não
Medicamentos de ambulatório		
Exames anteriores		
Tricotomia		
Está informado e esclarecido sobre o cateterismo cardíaco		
Coloca questões sobre o exame e sobre a preparação?		

Apêndice V – Estudo de Caso

Apêndice V – Estudo de Caso

INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado no âmbito do estágio (Ensaio clínico) e foi apresentado e discutido em reunião de orientação com a Professora Orientadora e alunas. Foi pedida a utilização deste instrumento com o objectivo de mostrar competências na área clínica, através de uma prestação de cuidados ao nível de perito, numa situação específica de cuidados especializados (OE, 2010). Portanto tratou-se de usar a prática real para testar e refinar as hipóteses. É o saber fazer obtido através da experiência (BENNER, 2001).

Ao conhecer e observar a pessoa idosa, o seu contexto familiar, a sua doença e os seus hábitos de vida, pude conceptualizar os cuidados. Este conhecimento só é possível compreender no contexto específico da pessoa. Simultaneamente aprofunda-se conhecimentos científicos e constrói-se um corpo de conhecimentos que é próprio dos enfermeiros: a singularidade aprofundada permite alargar a compreensão de enfermagem ao colectivo das pessoas com que se vai deparando.

CONTEXTO VIDA DA PESSOA IDOSA

O contexto de vida da pessoa idosa é percebido através da colheita aprofundada de dados. Permite problematizar a situação num determinado contexto: as suas doenças crónicas, como vive e a relação com os outros e o seu meio ambiente. O enfermeiro especialista baseia sempre, a sua prestação de cuidados aos utentes, no contexto particular da situação. (Benner, 2001)

A colheita de dados foi feita com base nas necessidades fundamentais de Virginia Henderson (2007), numa primeira fase no momento de orientação e que depois foi completa durante o internamento quando o utente veio realizar cateterismo cardíaco. Apenas se faz referência às NHF que considere as mais pertinentes para a situação de cuidados. A linguagem utilizada na identificação dos problemas é linguagem CIPE. Foi atribuído o nome fictício de Sr. Manuel ao utente em estudo.

Identificação da Pessoa Idosa, Família e Contexto de Vida

Sr. Manuel nasceu a 13 de Março de 1935, tem 78 anos. Reside no Montijo. É natural de Serpa. Nacionalidade Portuguesa. Habilitações literárias: a 4ª classe. É viúvo há 4 anos. Foi o principal cuidador da esposa no último ano de vida dela devido a tumor da mama. É pensionista (trabalhador rural), com dificuldades económicas. Não pratica qualquer religião. A pessoa significativa é a sua irmã que têm 70 anos e vive perto. Vive sozinho. Tem um filho, com quem tem relação conflituosa há mais de 3 anos, sem qualquer contacto. Vive no 1º andar de um prédio nos arredores do Montijo (casa alugada). Tem uma boa relação com os vizinhos que o visitam frequentemente.

O Sr. M.A, não apresenta diminuição da sua capacidade cognitiva estando orientado no tempo, no espaço e na pessoa (30 pontos segundo o instrumento de registo minimental State Examination⁸⁴ e 15 na Escala de Glasgow.⁸⁵ Nas actividades básicas de vida diária encontra-se com grau de dependência pontuação de 75 no Índice Barthel.⁸⁶ Nas actividades de vida instrumentais encontra-se com grau de dependência moderado, necessitando de uma certa ajuda, com uma pontuação de 20 no índice de Lawton.⁸⁷ Necessita de apoio para a higiene, cozinhar, ir às compras, actividades domésticas e locomoção. Tem apoio de uma instituição para algumas actividades instrumentais como as refeições e limpeza da casa e para algumas actividades básicas de vida diária como a higiene e vestir-se.

Identificação da Situação de Cuidados

É internado para realização de cateterismo cardíaco, devido ecografia cardíaca de sobrecarga positiva para isquemia do miocárdio. Participou no momento de orientação para preparação de cateterismo cardíaco.

Antecedentes Pessoais:	Medicação de ambulatório
-------------------------------	---------------------------------

⁸⁴ GUERREIRO M.P., *et al.*(1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia.9,vol.1.

⁸⁵ Mestrinho, J. et al (2009) – Roteiros de Instrumentos e escalas de avaliação. Percursos. [em linha]nº 11 ()

⁸⁶ MAHONEY, F.I.,BARTHEL D.(1965).Functional Evaluation :The Barthel Index.Md State Medical Journal.14:61-65

⁸⁷ LAWTON,M.P.,BRODY,E.(1969).Assesment of older people:self-maintaining and instrumental activities of daily living.The Gerontologist.9:179-186

<ul style="list-style-type: none"> - Ex-fumador há 10 anos; - Bronquite crónica; - Hipertensão arterial; - Dislipidémia; - Diabetes tipo II; - Cardiopatia Isquémica; - Fibrilhação auricular crónica sob hipocoagulação oral; - Enfarte agudo do miocárdio aos 45 anos e aos 60 anos com angioplastia da coronária direita; - Doença osteoarticular (artroses no joelho) com compromisso da função dos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ranitidina 300mg noite; - Monoket 40mg em jejum e ao jantar, - Clopidogrel 75mg ao almoço, - Lisinopril 5mg ao pequeno almoço, ao almoço e noite, - Carvedilol 6,25mg pequeno almoço e jantar, - Dancor 40mg manhã e noite, - Furosemida 40mg em jejum, - Varfine de acordo com INR, - Metformina 850mg de manhã. - Serataide uma inalação de manhã.
--	---

Colheita de Dados

Realizada com base nas necessidades humanas fundamentais – NHF - de Virginia Henderson (2007)

NHF Beber e Comer

Apresenta prótese dentária superior e inferior. Pesa 85kg e altura: 175cm. Índice de massa corporal: 27,8. Não tem dificuldade na deglutição.

Cozinha algumas refeições simples, as restantes são fornecidas por uma instituição de apoio, devido a dificuldades económicas. Os seus hábitos alimentares compõem 5 refeições: Pequeno almoço, cerca das 9h, meio da manhã (11h), almoço (13h), lanche (16h) e jantar (19h). Faz uma alimentação saudável, com restrição de sal e lípidos, como a maioria das refeições são fornecidas pela instituição de apoio, segue uma dieta hipolipídica. Ingere cerca de 1l de água por dia. Segundo a avaliação do estado nutricional apresenta-se sem risco de má nutrição: Pontuação de 12 (MNA)⁸⁸.

NHF Respirar

⁸⁸ Guigoz V.;Vellas B.;Garry P.J.(1994)-Mini Nutritional Assessment. A practical assesment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Nº 2. p.15-59.

Deixou de fumar há cerca de 10 anos. Tem bronquite crónica, sob inaloterapia. Queixas de cansaço para médios esforços há cerca de 2 meses, com agravamento progressivo na última semana. Na avaliação da dispneia o utente encontra-se com dispneia moderada com uma pontuação de 4 segundo a Escala de Dispneia de Borg Modificada.

NHF Eliminar

Evacua diariamente fezes moldadas, sem necessitar de laxantes. Urina várias vezes ao dia devido ao uso de diuréticos, sem dificuldade. Durante a noite urina cerca de 3 vezes. Sem edemas no corpo.

NHF Movimentar-se e Manter uma Postura Correcta

Esta é a NHF mais afectada, devido dificuldades na mobilização, por problemas osteoarticulares crónicos com deformação no alinhamento dos membros inferiores (usa canadianas). Na locomoção também se encontra dependente, não conduz, usa transporte públicos com dificuldade para grandes distâncias. Evita saídas à rua, por morar num 2º andar com escadas. Dependência ligeira nas actividades de vida diária (pontuação de 85 no Índice Barthel).

NHF Dormir e Repousar

Dorme cerca de 7 a 8 horas por noite, não faz medicação para dormir. Só acorda de noite para urinar. Dorme com uma almofada. Na última semana anterior à realização de cateterismo cardíaco, referiu insónias, referindo sensação de mal estar que não soube especificar.

NHF Vestir-se e Despir-se

Apresenta-se dependente nesta NHF. Consegue vestir-se, necessitando de algum apoio para se calçar (difícil dobrar-se), que o utente consegue suprimir através do uso de utensílios auxiliares para se calçar, como calçadeiras adaptadas. Usa sapatos sem atacadores. Dependência ligeira nas actividades de vida diária (pontuação de 85 no Índice Barthel).

NHF Estar limpo, Cuidado e Proteger os Tegumentos

Dependência ligeira nas actividades de vida diária (pontuação de 85 no Índice Barthel). Tem apoio para cuidar da sua higiene 2 vezes por semana, por

parte de uma instituição de apoio. Diariamente cuida parcialmente da sua higiene.

NHF Evitar Perigos tanto para o Próprio como para os Outros

Diminuição da acuidade auditiva acentuada e visual (ortótese permanente). Pelas suas dificuldades na mobilização e o uso de canadianas, apresenta alto risco para queda (pontuação 70 na Escala de Morse⁸⁹).

NHF Comunicar com os seus Semelhantes

Utente muito comunicativo, mas com um discurso de receio e mágoa. Tem necessidade de falar sobre a forma como vive a sua vida, das dificuldades que enfrenta diariamente devido à dependência nas actividades básicas e instrumentais e também sobre a relação conflituosa que tem com filho, que não contacta há mais de 2 anos. Desde a morte da sua esposa, que esta relação de deteriorou. Era a esposa que equilibrava a relação. Nessa altura o filho frequentava a casa dos pais com regularidade realizando pequenos passeios em família (até ao jardim, ao café). Agora, só sai de casa para se deslocar ao médico, o que ocorre uma vez por mês. As relações sociais limitam-se aos vizinhos do prédio onde vive e à irmã que mora perto e que o visita quase diariamente. Refere que ela tem sido o seu apoio, mas que sente muita falta do filho.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

No momento de orientação identificaram-se vários problemas:

- Gestão do regime terapeutico ineficaz para tratamentos - cateterismo cardiaco:
 - Desconhecimento sobre o cateterismo cardiaco;
 - Suspensão da metformina;
 - Suspensão do varfine 3 dias antes do exame e substituição por exoxaparina subcutanea 2 vezes ao dia;
- Situação socioeconomica:
 - Dificuldade no transporte para o hospital para realizar os exames pré-cateterismo e o cateterismo cardiaco em dias diferentes;

⁸⁹ Morse, J.M., Morse, R.M., & Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. Canadian Journal on Aging, 8,366-377.

- Dificuldades financeiras na compra da medicação (essencial para garantir o melhor resultado do cateterismo cardíaco se evoluísse para angioplastia coronária)

No dia do internamento para realizar cateterismo cardíaco o utente apresentava os seguintes problemas:

- Dispneia funcional para médios esforços;
- Cansaço para Médios Esforços;
- Risco alto de Queda;
- Risco de dor isquémica;
- Dependência no autocuidado: Uso do Sanitário;
- Dependência no autocuidado: Vestir-se;
- Dependência no Autocuidado: transferir-se.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

De seguida enumeram-se as intervenções de enfermagem preconizadas para cada problema indentificado:

Momento de Orientação

Gestão do regime terapeutico ineficaz para tratamentos - cateterismo cardíaco:

- Ensino sobre cateterismo cardíaco (em que consiste o exame, duração do internamento, o que deve trazer, a necessidade de jejum, como faz a sua medicação);
- Ensino sobre suspensão do varfine e substituição por enoxaparina subcutânea;

Situação socioeconomica

- Encaminhamento para a assistente social;
- Marcação dos exames pré-cateterismo e cateeterismo cardíaco, de acordo com as possibilidades do utente.

Internamento

Dispneia Funcional para Médios Esforços (score de 4 segundo a aplicação da Escala de Dispneia de Borg Modificada)

- Gerir ambiente físico, para proporcionar uma ambiente calmo e tranquilo, sem fontes de stress;
- Gerir oxigenoterapia de acordo com o grau de dispneia e a prescrição médica;
- Vigiar ventilação, as suas características;
- Vigiar musocas;
- Optimizar ventilação através da técnica do posicionamento;
- Vigiar a pele;
- Monitorizar Saturações de oxigénio.
- Vigiar a Respiração.

Cansaço a Médios Esforços (score de 4 segundo a aplicação da Escala de Dispneia de Borg Modificada)⁹⁰

- Ensinar sobre estratégias para conservação de energia, tais como: ter períodos de repouso durante as actividades e em intervalos durante o dia e uma hora após as refeições; sentar e não ficar de pé durante as actividades, excepto se não for possível; ao realizar uma tarefa, repousar a cada 3 minutos durante 5 minutos, para permitir a recuperação do coração e pulmões, Interromper a actividade se houver sinal de agravamento da fadiga ou aumento do pulso, dispneia e dor no peito.

Risco Alto de Queda

(score 50 na escala de Morse)⁹¹

- Assistir a pessoa a identificar condições de risco de queda – Uso de canadianas, defice de marcha, manifestações de cansaço e dispneia;
- Ensinar sobre prevenção de quedas;
- Gerir ambiente físico;
- Manter grades da cama durante a noite, colocando a campainha sempre junto da doente;
- Monitorizar risco de queda através da escala de Morse;
- Supervisar as actividades da pessoa no levante, no leito, no wc;

⁹⁰ CAVALLAZZI, Tatiane. *et al.* (2005)-Avaliação do uso da escala modificada de Borg na crise asmática. *Acta Paul Enferm.* São Paulo. 18, nº 1. (27/01/2005). 39-45.

⁹¹ Morse, J.M., Morse, R.M., & Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8, 366-377.

- Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas (uso do trapésio da cama, da cadeira de rodas);
- Treinar a utilização de equipamento para prevenir quedas.

Risco de dor isquêmica:

- Monitorizar dor através da escala da Dor;
- Vigias sinais e sintomas de dor isquêmica;
- Monitorizar tensão arterial e frequência cardíaca.

Dependência no autocuidado: Uso do Sanitário

Índice de Barthel⁹² - score 75 (Ligeiramente Dependente)

- Avaliar Índice de Barthel, de forma a conhecer a capacidade da pessoa idosa para a realização do autocuidado;
- Gerir ambiente físico;
- Assistir no auto cuidado: uso do sanitário, substituindo naquilo que não consegue;
- Providenciar arrastadeira;
- Incentivar o auto cuidado uso do sanitário;
- Providenciar privacidade;
- Assitir a doente no uso do wc, logo que a sua condição o permita, incentivando-a através das estratégias de conservação de energia.

Dependência no autocuidado: Vestir-se:

Índice de Barthel - score 75 (Ligeiramente Dependente)

- Avaliar Índice de Barthel, de forma a conhecer a capacidade da pessoa idosa para a realização do autocuidado;
- Assistir no auto cuidado: vestuário, substituindo naquilo que não consegue;
- Providenciar vestuário;
- Incentivar o auto-cuidado vestuário;
- Elogiar a aprendizagem de habilidades;
- Ensino sobre estratégias de conservação de energia;

⁹² Mahoney, f. ; barthel, d. -(1965). Functional Evaluation : The Barthel Index. Md State Medical Journal. n°14. p.61-65

- Ensino sobre uso de roupa prática.

Dependência no Autocuidado: transferir-se.

Índice de Barthel - score 75 (Ligeiramente Dependente)

- Avaliar Índice de Barthel, de forma a conhecer a capacidade da pessoa idosa para a realização do autocuidado;
- Assistir a pessoa na transferência;
- Incentivar a pessoa a transferir-se;
- Optimizar o ambiente físico.
- Ensinar sobre estratégias de conservação de energia no levantar, nomeadamente virar de lado na cama para depois iniciar o levantar do tronco com apoio dos braços, sem fazer força recorrendo à manobra de valsalva.

ACTUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Em relação a estes problemas, todas as intervenções foram desenvolvidas no momento de orientação, altura em que foram identificados. A actuação de enfermagem passou prévia colheita de dados para assim se poder configurar uma resposta adequada aos problemas do utente. Por isso iniciou-se com o ensino sobre o exame. Foi identificado que o utente estava sob medicação hipocoagulante e que não tinha indicação de suspensão 3 dias antes do exame e substituição dessa terapêutica por enoxaparina subcutânea. Por isso, foi providenciada receita e feito contacto com o centro de saúde da área de residência do utente, no sentido de garantir a administração da enoxaparina. Foi feito ensino e validado sobre a suspensão da metformina no dia da realização do cateterismo cardiaco.

Em relação ao problema da situação socio-económica, foi garantido que o dia da marcação dos exames pré-cateterismo coincidissem com o dia da realização do cateterismo cardiaco. O utente também, encaminhamento para a assistente social para providenciar a medicação, devido a dificuldades económicas (havia alguns meses que não comprava todos os medicamentos). Garantir os medicamentos é de vital importância, não só em termos de saúde do utente, mas também para prevenir complicações decorrentes da não

adesão ao regime medicamentoso. Previa-se que o Sr Manuel, com a sua história clínica, pudesse realizar angioplastia coronária com a possibilidade de implantação de stent. Então garantir a adesão ao regime medicamentos foi crucial na prevenção de reestenoses de stent e possível enfarte agudo do miocárdio. A irmã que o acompanhava, também participou nesta prestação de cuidados.

No dia do internamento para realizar cateterismo cardíaco foram identificados os problemas referidos anteriormente. Foram instituídas as intervenções de enfermagem preconizadas para cada problema, com melhoria da situação do utente: diminuição do grau de dispneia e cansaço de médio para reduzido. O utente fez oxigenoterapia apenas no primeiro dia.

As dependências nos autocuidados mantiveram-se no mesmo grau, devido às sequelas já existentes em termos de mobilidade. Em relação aos problemas identificados sob a forma de risco, as intervenções foram as necessárias para prevenir a sua ocorrência.

O cateterismo cardíaco realizado evoluiu para angioplastia da artéria coronária direita com implante de stent, com melhoria no quadro de dispneia e cansaço. Foi instituída a medicação preventiva de reestenose de stent e feito ensino sobre a sua importância. Foi também validado o apoio da assistente social para a manutenção da medicação.

Neste internamento, que foi curto (2 dias), tentando dar alguma resposta em relação à situação de angústia do utente (relacionada com a ausência do filho) procurou-se promover um ambiente de cuidados calmo, estimulando a expressão livre de sentimentos e medos, mantendo a possibilidade do diálogo, através de uma atitude de escuta e apreciando os seus sentimentos.

No momento de alta o Sr. Manuel referiu sentir-se melhor, mais capacitado para a realização das actividades básicas de vida diárias e instrumentais. Apesar do seu grau de dependência não ter sido alterado, pelo facto ter tido um internamento sem complicações, onde as suas dificuldades foram resolvidas e apoiadas concretizando-se a angioplastia coronária, com melhoria da dispneia e cansaço, permitiu-lhe configurar um aumento na sua qualidade de vida e assim uma estimulação no seu projecto de vida.

CONCLUSÃO

Esta situação de cuidados foi muito importante, pois como enfermeira especialista, fui capaz de resolver problemas complexos de um utente, que sem este atendimento, não realizaria a angioplastia com consequências graves na sua saúde.

Este espaço (momento de orientação) permitiu-me abordar esta pessoa numa fase onde a actuação do enfermeiro especialista fez a diferença, com ganhos efectivos para o utente. O conhecimento adquirido permitiu-me um olhar refinado, para a compreensão da pessoa idosa no seu contexto de vida, levando a uma actuação personalizada e eficaz, mesmo com um internamento curto.

A pessoa idosa precisa de ser avaliada por um profissional qualificado, para detecção de situações (comorbilidades) que aumentam o risco de iatrogenias durante e após o cateterismo cardiaco, assim como as comorbilidades que podem advir do internamento se este se prolongar.

Apêndice VI – Notas de Campo

Apêndice VI – Notas de Campo

Exemplo de uma nota de campo:

16ª Semana	
<p>Momento de Orientação: 1/02/2012</p> <p>Tenho que melhorar a optimização do tempo, pois esta sala onde se realiza a reunião é muito requisitada (departamento de formação) e acabei por colher alguns dados no corredor, pois tive que disponibilizar a sala. Acontecimento este que particularmente não gosto que aconteça: Sou contra o atendimento de corredor (apesar de conversar com o doente ambos sentados em sofás). Preciso de aferir os tempos de ambas as intervenientes desta reunião pois a secretária neste dia usou de mais o tempo disponível, afectando a minha parte, pois tenho sempre que contar com tempo para esclarecer todas as dúvidas dos utentes. A secretária por vezes “entusiasma-se” e prolonga demais a sua intervenção. Penso que a realização da entrevista me vai ajudar, não só a percebe-la como a aferir estas questões para que esta reunião funcione não só comigo mas com qualquer enfermeiro. Este é um caminho que eu tenho que deixar “desbravado” para a continuidade deste projecto, pois tenho a certeza que se assim não for, muitos conflitos podem surgir, tendo como consequência a desistência por parte dos profissionais!</p> <p>Este acontecimento que vou relatar não está directamente relacionado com os doentes de cateterismo. Passou-se com uma doente durante</p>	<p>Aferir e avaliar – uma constante nos projectos para que possam evoluir favoravelmente.</p> <p>Os slides vão ser um recurso importante para colmatar algumas falhas na comunicação, pois permite que esta seja transmitida de uma forma mais eficiente. Permite também optimizar o tempo pois penso que impedirá as interrupções por parte da secretária.</p> <p>Outro instrumento que tenho que utilizar é o folheto contendo informações sobre a preparação para o cateterismo cardíaco, pois tenho reparado que alguns doentes anotam as informações que eu transmito.</p> <p><i>“Os estudantes precisam de aprender a pensar as experiências de cuidados humanos com que se confrontam e a extrair delas «a lição», para crescerem emocional e profissionalmente.”</i></p> <p>FERNANDES, 2008, p.74</p> <p><u>Dor</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização da dor por parte dos enfermeiros e utentes - Subjectividade da dor <p>Juízos de valor: é necessário sacrifícios, a vida está cheia de sacrifícios!</p>

<p>um turno da manhã. Achei pertinente ralotá-lo porque me proporcionou uma reflexão importante sobre a valorização do outro e o “olho clínico” que o enfermeiro especialista necessita de desenvolver para perceber, apreender e actuar na resolução de problemas complexos.</p> <p>A Sra. Lucinda, uma mulher de 70 anos, com insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar e tromboembolismo pulmonar, com vários antecedentes (neoplasia da vulva, HTA, diabetes), esteve internada neste serviço várias vezes por descompensação da insuficiência cardíaca. Neste internamento veio implantar um filtro na veia cava para prevenir o tromboembolismo pulmonar. Este procedimento é feito via veia femoral. Fez via femoral direita sem sucesso, acabando por fazer via femoral esquerda. Neste dia, tinha ido ao bloco 2 dias antes realizar esta técnica. Estava assim em repouso no leito há 2 dias. Iniciou levante para o cadeirão. Quando a assisti na passagem da cama para o cadeirão reparei que não fazia força perna direita, perguntei-lhe se estava tudo bem, ao que ela me respondeu que sim, tinha apenas um ligeira dor na coxa direita. Ficou no cadeirão até ser transferida para a enfermaria. Em ambas as regiões inguinais não apresentava hematoma ou equimose e não referiu dor ao toque. Voltei-lhe a perguntar mais tarde se estava tudo bem, ao que me respondeu que sim. Na altura da transferência, ao ajudá-la a passar para a cadeira de rodas, mostrou um <i>fácies</i> de dor intensa e coxeou da perna direita não conseguindo fazer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Resignação perante a dor! - Resiliência é diferente de resignação/conformação <p>A reflexão que faço deste acontecimento tem duas vertentes, por um lado, a forma como nós enfermeiros encaramos a dor alheia, por outro a dificuldade de fazer ligações entre o conhecimento que temos da doente (para além da colheita de dados, como a sua história de vida) e a forma como esta encara a doença. Isto porque este exercício pode surgir por vezes espontaneamente na concepção dos cuidados do enfermeiro, mas deve surgir de uma forma metódica e sistematizada na concepção dos cuidados de um enfermeiro especialista, para que as suas intervenções sejam realmente diferentes. Fazer a diferença neste caso, seria, eu utilizar o conhecimento que tinha da doente e ter percebido mais cedo, o seu estado de dor e a forma como estava a comunicar comigo: no seu <i>fácies</i>, na sua postura, na forma como não me queria incomodar. Se antes deste processo educativo, eu ficaria apenas chateada porque a doente não verbalizou em tempo útil as suas queixas (lavando daí a minhas mãos: não cuidei porque não sabia!), agora consigo fazer a ponte, olhar para trás e ligar correlacionar todos os acontecimentos com os conhecimentos, sejam estes teóricos, práticos ou pessoais. Só lamento não ter feito este exercício mais cedo. Eu conhecia um pouco a história de vida da doente. Ela nesse mesmo dia tinha partilhado comigo os sacrifícios que tinha passado para criar os sete filhos. Ela sentia-se magoada porque estava internada há mais de uma semana e um dos filhos, que vivia no Seixal, ainda não tinha vindo ao hospital vê-la. Dizia-me que não compreendia porquê! O filho tinha ligado a dizer que estava desempregado, não tinha carro e não iria gastar dinheiro em transportes. “eu por eles, Sra. Enfermeira, fazia tudo, até</p>
--	---

carga. Pedi para localizar a dor ao que me referiu ser na perna direita desde a região inguinal estendendo-se até à coxa. Esta dor estava a incomodá-la. Percebi nessa altura que afinal há já algumas horas que estava com dores mas não verbalizou. Após uma explicação sobre a escala de dor, validei a sua dor, atribuindo um VAS de 9. Insisti com a doente para que verbalizasse a sua dor antecipadamente, não havendo “necessidade de estar a sofrer”. Providenciei analgesia oral no momento e pedi a observação da médica de serviço. A doente foi observada, tendo prescrito como analgesia o tramal. O colega a quem eu iria passar a doente assistiu a este desenrolar de acontecimentos e comenta comigo que achava que a doente não podia ter queixas de dor VAS 9: “não tem cara disso, nem sabe o que é VAS 9”. Eu nesse momento só consegui dizer: Quem sou eu para dizer que dor que a Sra., Lucinda sente não é VAS 9? Mesmo que não seja, para ela é! Eu valorizo o que o doente me diz! Garanti que a analgesia tinha ficado prescrita sem ser em SOS para que fosse realmente administrada até se perceber a origem da dor. Dois dias depois quando fui trabalhar novamente, em passagem de turno, soube que a Sra Lucinda tinha um aneurisma na femoral direita decorrente do procedimento a que tinha sido sujeita e que tinha ido ao bloco operatório para reparar “os estragos”. O meu comentário na altura foi: afinal a doente tinha motivos para se queixar!

Nos outros turnos em que prestei cuidados à

vinha a pé! Sabe, eu vivia no seixal e vinha a pé até Cacilhas com os meus filhos ao colo. Pegava num, andava um bocado, depois pegava noutro e assim ia até Cacilhas...” Esta é uma doente marcada pela dureza da vida, “habituada” a grandes dificuldades e sofrimentos. Ficou claro para mim, que é uma doente que nunca iria verbalizar a sua dor numa fase inicial, iria “aguentar” até não poder mais! Ficou claro também, que a responsabilidade é do enfermeiro neste caso especialista em perceber a grandeza das correlações e aprender a fazê-las: a Sra. Lucinda não é uma doente “boazinha”, que nunca se queixa, é uma mulher com um percurso de vida duro, que encara a dor como algo que faz parte da vida e que a vive até não poder mais. Cabe ao enfermeiro especialista perceber esta dimensão e contextualizar os cuidados, antecipando, neste caso, o agravamento das queixas, monitorizando com cuidados todos os sinais que doente transmite, antecipando cuidados que aliviem a dor. Cabe ao enfermeiro especialista perceber que a Sra. Lucinda dificilmente verbalizará qualquer queixas de dor, não devendo ser por isso ser chamada a atenção: Não é essa a sua vivência. Cabe ao enfermeiro especialista perceber que por detrás de um “está tudo bem”, está uma mulher com dores. Em relação à outra vertente desta reflexão: a forma como os enfermeiros encaram a dor alheia é uma reflexão que deve ser feita, mesmo em grupo, discutindo com os colegas. Houve uma aula no segundo semestre sobre a dor, que me impressionou, pois os números deram a conhecer uma realidade que eu desconhecia: a percentagem elevada de pessoas com dor crónica. Foi para mim, um momento de aprendizagem importante não só em termos teóricos, como também de uma mudança de pessoal de paradigma. A nossa incapacidade em perceber a dor do outro, por ser

<p>Sra. Lucinda, tive mais cuidado na abordagem que fazia, tentei ir para além do “está tudo bem” e cuidar mesmo sem ela pedir, cuidar de acordo com a minha avaliação, para além das necessidades verbalizadas.</p> <p>A Sra. Lucinda faleceu no dia 12/02/2012 de pois de uma dura batalha contra a doença. É uma história de vida que não vou esquecer!</p>	<p>subjectiva, não deve impedir-nos de valorizar o que o doente nos diz, mesmo que os meios auxiliares de diagnóstico não mostrem a causa, porque esta muitas vezes está escondida no todo contextualizado que é o utente.</p> <p>A grande diferença que sinto como enfermeira especialista é que a responsabilidade em compreender o utente para além do que é possível perceber é a maior aprendizagem, que ultrapassa a forma com eu fazia as minhas aprendizagens, que por vezes eram pobres, desprovidas do enquadramento teórico e conceptual, que me levava a valorizar, na maioria das vezes, as minhas próprias aprendizagens pessoais, ou seja, valorizava acontecimentos do utente, pelos quais eu também já tinha vivenciado.</p> <p>Este pensar/olhar global imbuído num pensamento de enfermagem, torna mais claro as minhas funções, a minha responsabilidade e o meu papel como profissional.</p>
--	---

Apêndice VII – Reflexão sobre as Aprendizagens

Apêndice VII – Reflexão sobre as Aprendizagens

Por impossibilidade de descrever no corpo do trabalho, todas as aprendizagens que considerei mais importantes deste percurso, optei por as remeter para apêndice, dando assim oportunidade ao leitor de conhecer um pouco mais deste meu percurso formativo. Descreverei as situações usando os títulos das notas de campo e reflexões usadas. A necessidade de explanar desta forma a aprendizagem das minhas competências decorre da impossibilidade de apresentar preposições teóricas que demonstrem o conhecimento inerente à perícia. Assim descrever e interpretar situações da prática real proporcionou apreender o saber fazer clínico. (BENNER, 2001. p. 33). Os dados servem para reflectir e projectar novos desempenhos, nesse sentido, é meu propósito descrever o que não sabia, o não fazia e o que passei a fazer.

Ser Advogada do Utente Idoso: É Ser Competente ou Respeitar o Utente

*“Outro acontecimento que me fez reflectir foi a minha capacidade para resolver um problema de um utente idoso e tomar consciência que **advogar um utente é actuar para a diferença**. Este utente já tinha colhido sangue para análises neste dia decorrentes de uma consulta de cardiologia que tinha já marcado e pertinentemente me colocou a questão da necessidade de fazer novas análises para o cateterismo cardíaco. (...)depois da reunião acompanhei o utente a sua esposa ao laboratório para confirmar que parâmetros teria colhido de manhã (...). Faltava apenas a colheita para coagulação, tendo então o utente colhido nesse momento, evitando assim uma vinda desnecessária ao hospital. Enquanto falava com a secretária do laboratório ela questionou-me se o utente era meu familiar, ao que eu respondi que não, então ela retorquiu: “É seu amigo?” E eu disse-lhe: “Não! É meu utente!”.” (notas de campo)*

Este episódio constituiu para mim, motivo de aprendizagem a vários níveis: advogar o utente é mais do que ser eficiente, é acima de tudo respeitá-lo e daí inquirir-me se a minha actuação como enfermeira se confina ao um determinado espaço e serviço do hospital. Em relação à primeira aprendizagem destaco que neste caso, hierarquicamente acharam a minha prestação de

extrema competência, porque poupei recursos económicos na colheita de sangue, mas como enfermeira fiquei aquém das minhas competências, pois os cuidados que presto são, acima de tudo, baseados no respeito pelo utente, ou seja, o objectivo primordial da minha intervenção seria o respeito pelo seu tempo e pela sua situação clínica. Colocar o utente no centro dos cuidados é um objectivo de difícil concretização, mesmo sabendo que o sistema de saúde tem que evoluir nesse sentido, pois existem ganhos para a saúde.

O hospital continua a ser uma estrutura com *“uma organização complexa, com uma configuração estrutural sui generis e uma rede de relações sociais cuja ordem é produzida e reproduzida pelas múltiplas estratégias dos profissionais e dos doentes.”* (CARAPINHEIRO, 1993, p. 12) E onde o planeamento das intervenções para o utente não é feito com base na sua condição de saúde/doença, mas sim compartilhado por especialidades, ao sabor das decisões emanadas das várias áreas. Nesse sentido, romper com este pensamento e criar rupturas na equipa foi e é um trabalho e um processo demorado, onde o desenvolvimento deste tipo de projectos de intervenção podem ser aproximações a solução para se obterem frutos. Esta foi uma aprendizagem significativa, pois a forma como podemos agir, para além de mudar rotinas, pode recriar boas práticas, se as intervenções forem partilhadas pela oralidade e escrita.

Em relação à segunda aprendizagem que fez questionar e reflectir foi a pergunta da administrativa do laboratório: *É seu familiar? Não! É meu utente!* – É assim tão estranho, uma enfermeira fardada, em pleno exercício das suas funções, estar fora do seu serviço, a acompanhar um utente para poder encaminhá-lo e resolver o seu problema? Que visão os profissionais de saúde têm sobre os enfermeiros? Será que só cuido quando estou limitada a um espaço e fora dele não existo? Será difícil conceber que o enfermeiro, no acolhimento ao utente idoso, poderá ter necessidade de percorrer o hospital, porque sabe que se trata de uma estrutura complexa e difícil para uma dada pessoa, que funciona com base em burocracia e regras pouco compreensíveis para os utentes e principalmente para os idosos?

“Cuidar de idosos implica uma polivalência de intervenções (...)” (COSTA, 2006, p.187), por isso, compete ao enfermeiro especialista, com o seu olhar

requintado decorrente de um conjunto de conhecimentos adquiridos e aprofundados, prestar cuidados globais ao idoso, que vão para além da reparação e manutenção da vida, devendo ser percursos do retorno a um estado de saúde e bem-estar globais (COSTA, 2006). Apesar da dificuldade de coexistência entre o profissionalismo do enfermeiro e a burocracia hospitalar, que torna difícil exercer a sua iniciativa e autonomia, o enfermeiro de cuidados geriátricos consegue sempre dispor de instrumentos autónomos, que lhe permitem responder aos problemas da pessoa idosa. (COSTA, 2006).

Desenvolver este projecto implicou percorrer o hospital nas suas diversas valências e características de cada sector no sentido da resolução de problemas complexos do utente idoso. Constituiu assim uma aprendizagem o conceito de espaço, tanto pela mudança física onde cuido do utente, como também por este espaço ter sido palco de formação, onde encontrei no contexto de prestação de cuidados, “(...)as condições favoráveis, não só para o exercício e interpretação do trabalho, como para a sua (re)conceptualização” (COSTA, 2006, p. 63)

A Maturidade que o Especialista precisa ter

*“Esta dinâmica de trabalho para um turno é muito envolvente, preenchendo por completo a jornada de trabalho, o que me tem obrigado a **priorizar tarefas e organizar da melhor forma o meu turno.**”* (notas de campo).

Esta mudança de comportamento profissional é o resultado de maturidade e nomeio-o como aprendizagem, no âmbito das minhas competências de especialista na área clínica. Gerir o tempo, gerir atividades e cuidados ao longo de um turno de trabalho, parece um tema que não é nada novo, pelo contrário, faz parte das aprendizagens dos primeiros anos de vida profissional, onde se dá primazia às tarefas que têm que ser concluídas num curto espaço de tempo, onde a sua lógica no intervalo de tempo faz parte da organização do trabalho. Acrescido de um horário, por vezes contra natura, onde não há horas para tudo. BENNER (2007, p.174) diz-nos que o perito é aquele que tem “(...) capacidade de responder às solicitações e às necessidades de diferentes doentes, sem descurar informações importantes ou passar ao lado de necessidades significativas”.

Gerir o tempo e estabelecer prioridades foi sem dúvida, uma grande aprendizagem, exigiu um novo olhar na forma como executava os cuidados, como os organizava. Nesta fase da minha vida profissional, e com os conhecimentos que tenho dar ênfase ao que é realmente importante, obrigou-me a um exercício de reflexão e mudança, pois sabendo o que sei hoje não posso cuidar da mesma forma. As prioridades alteraram-se; hoje consigo ver para além das tarefas e rotinas do turno. Estas aprendizagens situam-se no nível de competência de enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados: *“Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.”* (OE, 2010)

Quando o Mal Está no “Está Tudo Bem”!

Ter a capacidade de olhar para além do que é visível é uma competência dos enfermeiros e em particular da enfermeira especialista, capacidade esta, percebida durante este processo formativo. Obriga a uma mudança no paradigma, do pensamento e enquanto aprendemos e temos a mente aberta ao conhecimento, isto permite que outras aprendizagens na prática profissional possam adquirir um significado diferente. Muitas situações que já antes tinha experimentado e vivido, só agora me fazem sentido. Foi o que ocorreu com o acontecimento que irei descrever, onde a percepção das necessidades de uma utente que numa primeira observação me diz que “está tudo bem”, mas que a sua postura e comportamento diziam precisamente o contrário. A contextualização da utente na sua história de vida foi essencial para um cuidar de excelência.

“...sentia-se magoada porque estava internada há mais de uma semana e um dos filhos, que vivia no Seixal, ainda não tinha vindo ao hospital vê-la. Dizia-me que não compreendia porquê! O filho tinha ligado a dizer que estava desempregado, não tinha carro e não iria gastar dinheiro em transportes. “eu por eles, Sra. Enfermeira, fazia tudo, até vinha a pé! Sabe, eu vivia no Seixal e vinha a pé até Cacilhas com os meus filhos ao colo. Pegava num, andava um bocado, depois pegava noutro e assim ia até Cacilhas...” Esta é uma doente marcada pela dureza da vida, “habituada” a grandes dificuldades e sofrimentos. Ficou claro para mim, que é uma doente que nunca iria verbalizar a sua dor numa fase inicial, iria “aguentar” até não

*poder mais! Ficou claro também, que a responsabilidade é do enfermeiro neste caso especialista em perceber a grandeza das correlações e aprender a fazê-las: a Sra. Lucinda não é uma doente “boazinha”, que nunca se queixa, é uma mulher com um percurso de vida duro, que encara a dor como algo que faz parte da vida e que a vive até não poder mais. Cabe ao enfermeiro especialista perceber esta dimensão e contextualizar os cuidados, antecipando, neste caso, o agravamento das queixas, monitorizando com cuidado todos os sinais que doente transmite, **antecipando cuidados que aliviem a dor**. Cabe ao **enfermeiro especialista perceber que por detrás de um simples “está tudo bem”, está uma pessoa com dores.de sofrimento intenso”** (notas de campo)*

Na massificação dos cuidados, onde as rotinas sufocam o cuidar, o receptor do cuidado e o cuidador, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências para conseguir conhecer a pessoa idosa com a sua doença e comorbilidades inserida num contexto relacional (pessoais, familiares e sociais). A individualidade da pessoa é demonstrada na forma com encara a hospitalização e particularmente para os idosos pode representar uma ameaça e um desafio que podem ser vividos de formas distintas de acordo com variados factores: (...)a capacidade de adaptação da pessoa, as experiências que vivenciou anteriormente, particularmente em outros internamentos (se os houve), as representações da saúde e da doença” (COSTA, 2006)

“A percepção de uma situação depende do contexto. Isso quer dizer que mudanças subtis só têm sentido à luz do historial do doente e da sua situação presente.” (BENNER, 2001. P. 34) É esta percepção, este conhecimento, que a enfermeira perita têm, que constituiu a maior aprendizagem. Este olhar especializado no contexto, ao ponto de perceber o todo e ir ao encontro das necessidades do utente. *“A enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigmas de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis”* (BENNER, 2001. P. 33)